



Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social

**SISTEMATIZACION DE LAS SITUACIONES DE SALUD EN  
LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DE LA ATENCION  
PRIMARIA DE SALUD DE LA POBLACION MIGRANTE  
HAITIANA Y VENEZOLANA RESIDENTE EN LA CIUDAD DE  
VALPARAISO**

**INFORME FINAL DE PROYECTO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO  
ACADEMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TITULO DE  
TRABAJADOR SOCIAL**

**ESTUDIANTES:**

CONSTANZA BARRIA LATIN

JAVIERA CORTEZ BRAVO

**PROFESOR GUIA:**

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

VALPARAISO, 2019



Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social

REF.: Informa evaluación y calificación Proyecto  
de Título I y II de alumnas que indica.

VALPARAISO, 16 de marzo de 2020.-

SEÑOR DECANO:

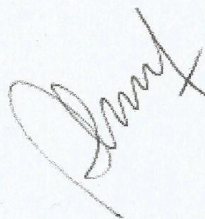
En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Proyecto de Título I y II denominado: **"SISTEMATIZACIÓN DE LAS SITUACIONES DE SALUD EN LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE HAITIANA Y VENEZOLANA RESIDENTE EN LA CIUDAD DE VALPARAÍSO"**, cursado durante el período académico 2019 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social, *Srtas. CONSTANZA PAULINA BARRÍA LATÍN y JAVIERA CONSTANZA CORTEZ BRAVO.*

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Proyecto de Título I y II con las siguientes notas:

*Proyecto de Título I: 6,0 (seis coma cero)*  
*Proyecto de Título II: 6,5 (seis coma cinco)*



**PATRICIA CASTAÑEDA MENESES**  
**PROFESORA GUÍA**

AL SEÑOR  
**JUAN SANDOVAL MOYA**  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PRESENTE  
PCM/fpu.-

## *Agradecimientos*

## *Agradecimientos del equipo*

Agradecemos de manera inicial a nuestra profesora guía Dra. Patricia Castañeda Meneses, quien confió en nosotras a lo largo del desarrollo del Proyecto de Título y desde el primer momento nos alentó y guió en el proceso de manera clara, siempre dispuesta a responder de manera eficaz nuestras inquietudes así como también a través de la realización de retroalimentaciones certeras bajo un ambiente de confianza y respeto que nos permitió concluir el proyecto de título acorde a lo establecido a pesar de los contratiempos y adversidades que se presentaron en el camino.

Agradecemos a la institución patrocinante, Universidad de Valparaíso, especialmente al Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina y a su director Dr. Cristian Papuzinski Aguayo por su voluntad y disposición en la realización del Proyecto de Título, así como también a la profesora Katherine Cuevas Lang, nuestra supervisora institucional, a quien agradecemos por acogernos y guiarnos en el proceso con plena disposición y participación para el desarrollo del presente proyecto.

Agradecemos a los y las profesionales de salud de Atención Primaria que participaron en el desarrollo del documento, a través de sus experiencias en la praxis profesional y también extender el agradecimiento a los y las migrantes internacionales que nos permitieron recolectar experiencias personales en relación a la atención primaria en salud, así como también conocer las experiencias personales en relación a la migración, agradecemos su compromiso y disposición, sus palabras están plasmadas y sus experiencias aportarán a quienes deseen adentrarse en la temática a través del presente Proyecto de Título.

A nosotras, por cada palabra de aliento en el proceso, por la comprensión mutua y por las ganas de concluir el Proyecto de Título aún con momentos de altos y bajos. Gracias.

*Constanza Barria Latin – Javiera Cortez Bravo*

2019

## *Agradecimientos*

Siempre, siempre hay algo que agradecer. Respiro, agradezco el camino y sigo... La gratitud es mi única actitud hoy.

El proceso para llegar a este momento no ha sido fácil pero sí lleno de aprendizajes, no tan solo profesionales sino también personales; cuando el camino se tornó cuesta arriba siempre estuvieron alentándome a seguir.

Agradezco a mis padres Silvana y Erick por enseñarme que todo esfuerzo tiene su recompensa y lo importante no es las veces que caemos sino cuantas nos levantamos, agradezco cada palabra de aliento y amor, esto es gracias a ustedes; mamá por ti escribo esto hoy, no dejaste que me rindiera cuando era la única opción que creía tener. Mi Amandita, ante mis ojos siempre un bebé, 12 años tardaste en llegar a mi vida y enseñarme a ser hermana. Gracias.

A mis abuelos, Paulina y Héctor, gracias por ser y por estar; tata me viste iniciar mi formación profesional, mas la vida tiene sus propios tiempos, te siento conmigo siempre. A ti abuelita, gracias por tu incondicionalidad y tu amor infinito, por los abrazos más sinceros y la mirada más pura.

Jessica, mi nina, el amor es más grande que cualquier distancia, no hay frontera que nos separe, siempre presente en mi vida de una u otra manera aunque el huso horario no coincida. Gracias.

De todas las personas con las que pude coincidir en este largo periodo, el mayor regalo fuiste tú Valentina, querida amiga, me faltaría tiempo para agradecer cada una de las cosas que has hecho por mí, agradezco las alegrías y las penas que hemos compartido además de las miles de carcajadas y locuras, así como también las conversaciones y caminatas eternas, ¡sin ti mi tesis hubiese sido tan distinta! Agradezco a mis amigas de la vida, Yasmin y Jenifer, son incondicionales.

Agradezco a todos aquellos que de una u otra manera formaron parte de este proceso, a aquellos que me brindaron una sonrisa sincera, a quienes tuve el placer de conocer y compartir, a Olga, de quien aprendí más allá de lo profesional; soy una convencida de que nadie llega a nuestra vida por casualidad, eternamente agradecida por tu calidad humana en los momentos complejos.

Extiendo mis agradecimientos a todo el cuerpo académico de la Escuela de Trabajo Social que fueron parte de nuestra formación profesional a lo largo de los años.

Finalmente agradezco a los que están y a los que estuvieron.

## Agradecimientos

Ser la primera generación de la familia en entrar a la universidad fue un desafío enorme, las expectativas fueron distintas y altas respecto a la realidad y fue en esa etapa de mi vida en que ellos estuvieron ahí conmigo, mis padre JULIA y GUILLERMO, quiero agradecerles a ellos primero por todo el esfuerzo, paciencia y consuelo brindado en esta larga travesía, como olvidar las travesías en compañía estudiando juntos para realizar resúmenes, el estar ahí siempre dispuestos a apoyarme cuando sentía que no encajaba y no podía más de la angustia y la presión o simplemente con entregarme y esperarme siempre con una comida después de cada jornada de estudio sin la presencia de ellos esto no sería posible.

Quiero agradecer a una persona muy especial en mi vida, es un ser lleno de luz, carisma, energía y va por la vida entregando amor y sabiduría, mi Abuelita CLARA o como yo le digo mi weli, ella es mi segunda Madre me acogió y acompañó en los momentos más duros de mi vida, fue parte fundamental de esta travesía por la universidad, me escucha cuando yo no sé a quién recurrir, me alienta a no rendirme cuando bajo mis brazos y me dice siempre hasta el día de hoy ¡usted sabe que hay un Dios que todo lo puede! O ¡usted sabe a quién pedirle!, cada vez que estas palabras salen de su boca me da a entender que no estoy sola y que aunque ella no me lo dice siempre estoy en sus oraciones, es una mujer fuerte que ha luchado contra todo en la vida ¡Gracias por ser mi ejemplo a seguir!

Hay personas en la vida que llegan sin que uno las busque, que por cosas del destino encontramos y enlazamos para nunca más volver a soltarnos, quiero agradecer a mi compañero de vida, amigo, pareja y futuro marido ERIK, es muy especial para mi su compañía frente al camino que decidí recorrer por la universidad, fue y es mi consuelo en noches de angustia, mi respuesta o solución en momentos donde yo no logro encontrarlas, es mi escape a mi mundo tan cuadrado y meticuloso, contigo aprendí que el caerse no necesariamente significa perder o fracasar, si no que significa aprender y reinventarse para volver a la carrera y terminar las metas propuestas, contigo aprendí a saber que no siempre todo saldrá bien pero valdrá la pena el resultado final ¡gracias por tu compañía y por mostrarme un mundo distinto al mío!

En la vida hay pequeños milagros que uno nunca podrá entender, fui hija única hasta los 12 años y el 2005 me entregaron el primero mi hermana Paloma única como ella sola, fuimos las dos por solo un año y medio ya que en 2007 bajo todo pronóstico negativo llego mi segundo regalo mi hermano Jesús, son la alegría de mi día a día, gracias a ellos esta etapa de mi vida hubiese sido distinta; cuando me encontraba deprimida y sin ganas ellos me recibían en la puerta gritando mi nombre y haciéndome reír de tal manera que olvidada por completo todo lo malo del día, yo digo que son más que mis hermanos son como hijos prestados que Amo con todo mi ser, les doy gracias a ellos porque me enseñaron durante mi vida a preocuparme por alguien más que yo misma puedo decir que gracias a ellos y todo lo que

pasamos me ayudaron a elegir la carrera que tanto amo hasta el día de hoy.  
¡Gracias por ser mi alegría en mí día a día!

En este largo camino de este proyecto conocí a una persona que realmente nunca imagine en un principio trabajar, salió de una simple conversación y el resultado fue trabajar juntas quiero dar las gracias a mi compañera de tesis CONSTANZA, gracias por apoyarme cuando realmente pensaba que no daba más, cuando el camino no salía como esperábamos, por las risas y distracciones en la micro, las conversaciones de carácter profundo que se daban en momentos de reflexión y por tu eterna compañía y comprensión en los momentos difíciles del 2019, el estallido social no jugó de manera contraria pero nunca dejaste de apoyarme ¡Gracias por ser una gran compañera de tesis!

De igual manera quiero agradecer a mi profesora guía Patricia Castañeda por el apoyo que nos brindó en todo el camino de nuestra tesis, la comprensión y ayuda en momentos de crisis.

Finamente quiero agradecer a todas aquellas personas que fueron parte de este proceso tanto durante los años de la carrera como también del tiempo de realización de tesis, cada una de ellas es importantes en mi vida y saben que si no nombre a todas es porque la lista es interminable.

¡MUCHAS GRACIAS A TODOS!

Javiera Cortez

## Tabla de Contenidos

ABSTRACT .....	10
ABSTRACT CREOLE.....	11
Presentacion General.....	12
Capítulo I .....	14
Contextos de la experiencia .....	14
• Contexto Institucional .....	15
• Contexto internacional de salud pública.....	17
• Contexto migratorio chileno.....	23
• Contexto de Salud Pública en Chile.....	33
Capítulo II.....	42
Ejes Conceptuales .....	42
• Derechos Humanos .....	43
• Migración internacional .....	50
• Atención Primaria en Salud (APS) .....	56
Capítulo III.....	64
Marco Metodológico.....	64
• Fundamentación Metodológica .....	65
• Delimitación de la Sistematización .....	68
• Objetivos de la Sistematización .....	68
• Colectivos Participantes de Sistematización.....	69
• Técnicas con fines de sistematización.....	70
• Plan de Análisis .....	72
• Procedimientos de Validación.....	75
Capítulo IV .....	77
Resultados de la experiencia .....	77
• Venezuela.....	78
• Haití .....	92
Capítulo V .....	106
Análisis de Resultados .....	106
• Análisis reflexivo de la experiencia .....	153
Capítulo VI .....	160
Conclusiones.....	160
• Presentación .....	161
• Conclusiones Temáticas .....	162

• Conclusiones metodológicas.....	164
• Conclusiones profesionales.....	166
<i>Referencias</i> .....	170
<i>Anexos</i> .....	179

## **Indice de Gráficos**

Grafico 1: Cantidad y porcentaje de migrantes internacionales respecto de la población total residente .....	24
Grafico 2: Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile, según sexo, 31 de diciembre, 2018 .....	26
Grafico 3: Pirámide poblacional distribuida por sexo y edad. ....	27
Grafico 4: Número de personas estimadas según país de nacimiento. 31 diciembre, 2018..	28
Grafico 5: Región de Valparaíso. Distribución por edad y sexo de la población residente habitual, según lugar de nacimiento. ....	30
Grafico 6: Distribución por edad y sexo de la población inmigrante en Chile nacida en Haití. ....	31
Grafico 7: Distribución por edad y sexo de la población inmigrante en Chile nacida en Venezuela.....	32

## **Indice de Ilustraciones**

Ilustración 1: Organigrama Escuela de Medicina.....	16
Ilustración 2: Porcentaje sobre el total de inmigrantes.....	25
Ilustración 3: Porcentaje sobre la población residente .....	25

## **Indice de Tablas**

Tabla 1: Índices Básicos de Salud .....	17
Tabla 2: Cantidad y porcentaje de inmigrantes internacionales según país de nacimiento. .	27
Tabla 3: Porcentaje de inmigrantes internacional en la región de Valparaíso .....	29
Tabla 4: Región de Valparaíso: Distribución porcentual del total de inmigrantes internacionales.....	29

## **ABSTRACT**

La presente experiencia de Proyecto de Título, tiene como objetivo general *“Sistematizar las situaciones de salud en los principales programas de la Atención Primaria de Salud de la población migrante haitiana y venezolana residente en la ciudad de Valparaíso”*. En donde se plasma la sistematización de las experiencias de un grupo de informantes claves, los cuales se desempeñan como profesionales de la salud y los migrantes internacionales que acceden a las prestaciones de la atención primaria de salud. A lo largo del documento se encuentran tres ejes conceptuales fundamentales que estructuran, organizan y le proporcionan sustento a los capítulos del Proyecto de Título; esto corresponden a:

- Derechos Humanos
- Migración Internacional
- Atención Primaria en Salud

La metodología de trabajo que se presenta en el siguiente documento corresponde a la sistematización, este método permitió al equipo de trabajo rescatar las experiencias de los colectivos participantes, logrando generar nuevos conocimientos ya su vez reflexionando sobre los recabados. La sistematización entrega los instrumentos necesarios que se requieren para desarrollar los espacios de análisis de experiencias propios de la temática a abordar y los ejes conceptuales que se presentan de manera transversal en toda la sistematización. Los resultados obtenidos en el proceso de sistematización y en directa relación con los objetivos propuestos, permiten identificar siete situaciones de salud con las cuales, acceden los migrantes internacionales en la atención primaria de salud. Tras finalizar el proceso de análisis se concluye la importancia de las competencias del profesional del trabajo social en la atención primaria de salud, con la finalidad de apoyar a los profesionales médicos proporcionándoles diversas concepciones de salud determinadas por las condiciones culturales, así como apoyar a los migrantes en el proceso de incorporación al sistema de salud.

**Palabras Claves:** Sistematización, Derechos humano, Migración, Atención Primaria de Salud, Trabajo social.

## **ABSTRACT CREOLE**

Eksperyans sa a Pwojè Tit, jeneral objektif "sistematize sitiyaşyon sante nan pwogram pi gwo nan Prensipal Swen Sante nan imigran ayisyen ak Venezyelyen rezidan nan vil la nan Valparaiso." Ki kote sistematize nan eksperyans yo nan yon gwoup enfòmàtè kle yo, ki sèvi kòm pwofesyonèl sante ak imigran entènasyonal ki gen aksè sèvis sa yo nan swen sante prensipal se plasma. Pandan tout twa aks yo fondamantal dokiman konseptyèl ekspresyon yo estriktire, òganize epi yo bay sipò yo bay chapit yo nan Tit Pwojè; sa a koresponn ak:

- Dwa Moun
- Entènasyonal Migrasyon
- Prensipal Swen Sante

Metodoloji a ap travay prezante nan rapò koresponn yo nan sistematize la, metòd sa a pèmèt ekip la pote sekou bay eksperyans yo nan patisipan kolektif volonte, kapab jenere nouvo konesans ak nan vire reflechi sou kolekte a. Sistematize delivre zouti ki nesèsè oblije devlope espas pwòp analiz de eksperyans yo tematik adrès ak rach konseptyèl ekspresyon prezante transversal atravè sistematize la. Rezilta yo jwenn nan pwosesis la nan sistematize ak dirèkteman gen rapò ak objektif yo, pèmèt yo idantifye sitiyaşyon sante sèt ki, aksè imigran entènasyonal nan swen sante prensipal. enpòtans ki genyen nan konpetans yo nan travay la pwofesyonèl sosyal nan swen sante primè, yo nan lòd yo sipò pwofesyonèl medikal bay konsepsyon diferan nan sèten sante pa kondisyon kiltirèl, li se konkli apre yo te fin nan pwosesis la nan analiz ak sipò imigran nan pwosesis pou yo enkòporasyon nan sistèm lan sante.

**Mo kle:** Sistematiza, Dwa moun, Imgrasyon, Prensipal Swen Sante, ravay Sosyal.

## ***Presentación General***

El siguiente documento es el resultado del Proyecto de Título I y II realizado durante el quinto año académico en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, el cual, permite optar al Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Trabajador Social, enmarcado en la temática de migraciones.

El siguiente documento, es producto de una sistematización de las experiencias de los profesionales de la salud junto con las experiencias de las personas migrantes internacionales de nacionalidades haitianas y venezolanas en relación a las principales prestaciones en la Atención Primaria de Salud en Chile que pueden acceder.

El lector encontrará en las siguientes páginas un documento que permite orientar la sistematización de experiencias desde la captura de los datos del migrante internacional como de los profesionales de la salud, siendo estos necesarios para el desarrollo de la temática.

La información recabada en el proceso se configura en los siguientes capítulos.

- **Capítulo I**

**Contextos de la Experiencia:** se identificarán los contextos en que se desarrolla la sistematización es decir contexto institucional, internacional de salud, migratorio chileno y el contexto de salud en Chile.

- **Capítulo II**

**Ejes Conceptuales:** Se presentan los ejes centrales que estructura el proceso de sistematización, siendo estos ejes Derechos humanos, Migración y Atención Primaria en Salud.

- **Capítulo III**

**Marco Metodológico:** Se presenta la fundamentación metodológica que rige el Proyecto de Título, estableciendo objetivo general y

específicos, informantes claves, técnicas utilizadas para el levantamiento de información, plan de análisis y procedimientos de validación.

- **Capítulo IV**

**Resultados de la Experiencia:** en el capítulo se presentarán los productos que se generaron durante el proceso de sistematización configurándose en fichas técnicas de registro y resultados de la experiencia.

- **Capítulo V**

**Análisis de Resultados:** Expondrá el análisis de cada resultado obtenido según los objetivos específicos planteados en el marco metodológico de la presente sistematización mediante un análisis integrado, para proseguir con un análisis de las experiencias desde los ejes conceptuales propuestos.

- **Capítulo VI**

**Conclusiones:** En este último capítulo se establecen las ideas finales construidas desde el cierre de la experiencia, entendidas como aprendizajes tanto en lo temático, metodológico y profesional.

## ***Capítulo I***

# ***Contextos de la experiencia***

- **Contexto Institucional**

El Proyecto de título de las estudiantes de Trabajo Social se enmarca en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Valparaíso, el departamento se encuentra inserto en la escuela de medicina, la cual, pertenece a la facultad de medicina de la universidad de Valparaíso

El origen histórico de la Universidad de Valparaíso data de 1911, con la fundación de la Escuela de Derecho de la Universidad de Chile, en torno a la cual se fue desarrollando una serie de escuelas universitarias. En 1968, y bajo el régimen de una Facultad plural, se creó oficialmente la Sede de la Universidad de Chile en Valparaíso, con áreas que cubrían los diferentes ámbitos del trabajo académico; todo ello bajo la dirección de un Decano único que, posteriormente, pasó a denominarse Vicerrector.

Más tarde, las áreas se agruparon en Facultades: Salud; Arte y Tecnología; Ciencias Sociales; Educación y Letras; Matemáticas y Ciencias Naturales (1972). En 1981, se creó por ley la Universidad de Valparaíso, continuadora de la Sede de la Universidad de Chile que existía en la ciudad. Las Facultades de la Universidad, al tiempo de su creación como tal, fueron Arquitectura, Derecho y Medicina. En 1987 se crea la Facultad de Odontología; en 1990, la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; en 1993, la Facultad de Ciencias; en el año 2000, la Facultad de Ciencias del Mar y en el año 2002, las Facultades de Farmacia y Humanidades.

Uno de los espacios de mayor tradición en la Universidad de Valparaíso, la Facultad de Medicina, inaugurado a fines de 1982, iniciando su primer año académico en 1983. Tiene como misión formar profesionales en las áreas de salud y educación con un dominio amplio de conocimientos actualizados, espíritu investigador, capacidad de gestión y trabajo en equipo. Se proyecta así como un centro de generación de profesionales multidisciplinarios de la salud de alto nivel técnico, imbuidos en fuertes principios humanistas y de mejoramiento continuo de su quehacer, cuyo rol principal es contribuir al desarrollo de la región y el país.

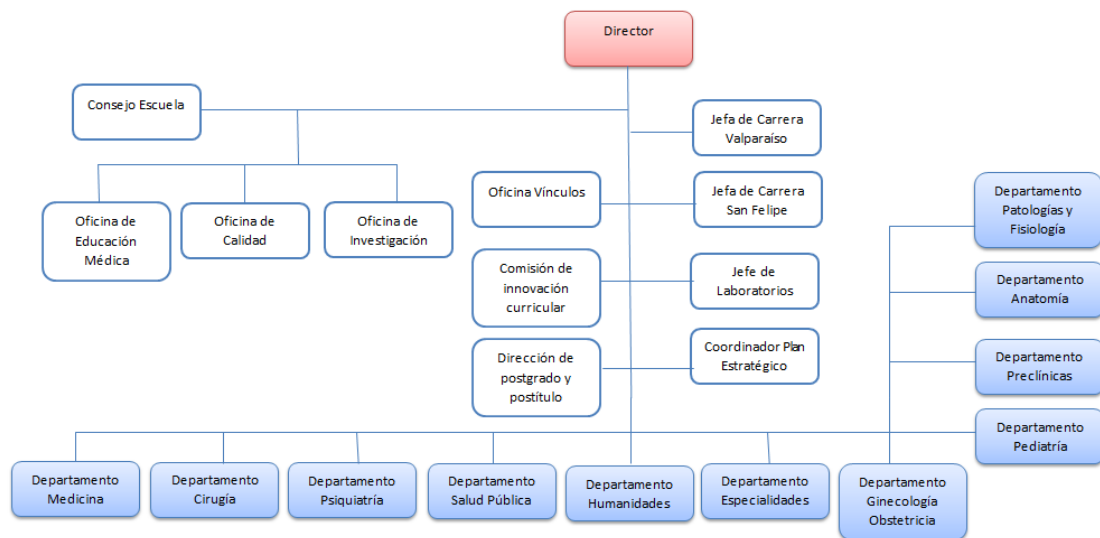
Actualmente la Facultad contempla sus principales dependencias en Angamos 655 Reñaca, Viña de Mar, la sede es conformada por un complejo

de modernos edificios en donde se albergan las ocho Escuelas: Medicina, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Psicología, Tecnología Médica, Fonoaudiología, Kinesiología y Educación Parvularia con mención en Salud y Alimentación y Lenguaje y Comunicación, contando con cerca de 2.500 alumnos de pregrado.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso es pionera en la formación de especialistas en las áreas de la Salud y la Educación, con una visión integradora de la persona, y la sociedad, con énfasis en el bienestar biopsicosocial. La escuela de medicina orienta sus servicios a la comunidad y en especial a los grupos más desvalidos de los sistemas de salud públicos nacionales, por lo tanto la misión de esta se basa principalmente en contribuir al mayor bienestar y desarrollo en los ámbitos de promoción, prevención y recuperación de la salud de la comunidad.

El organigrama de la Escuela de Medicina corresponde al siguiente.

Ilustración 1: Organigrama Escuela de Medicina



Fuente: Resolución Exenta N° 80.735, 2015

- **Contexto internacional de salud pública**

- Indicadores de salud

Los indicadores básicos de salud permiten generar un análisis del estado de salud de la población en un determinado territorio. Se compone de aspectos técnicos de los indicadores más usados para la aproximación y comprensión del estado del estado de salud de la población, y considera los componentes demográficos, económicos, sociales; salud ambiental y sexual; mortalidad y recursos y servicios.

A continuación se presentan los indicadores básicos de salud de las nacionalidades de migrantes internacionales con mayor presencia en Chile en el último año.

Tabla 1: Índices Básicos de Salud

Países	Chile (2018)	Venezuela (2012)	Haití (2011)
Indicadores	Numero / Valor relativo	Numero / Valor relativo	Numero / Valor relativo
Población	18.191.884	31.977.000 (*)	10.981.000 (*)
Esperanza de vida	79,05	74,7	63,6 (*)
Índice de masculinidad	97,98	98,0	97,1 (*)
Taza global de fecundidad (hijos vivos por mujer )	1,6	2,3	2,9
Nacidos vivos y natalidad (Por 1000 hab.)	237,1	599,1	261,6
Atención profesional del parto	99,72	96,2	50,0
Nacidos vivos con bajo peso al nacer	6,32	9,2	9,1
Nacidos vivos de madres menores de 20 años (%) (Por 1000 hab.)	46,6	85,8	38,2
Mortalidad general (Por 1000 hab.)	5,72	6,7	7,7
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	7,0	14,7	59,0
Tasa de mortalidad menores de 5 años	8,8	16,9	71,7
<b>Cobertura de inmunización (%)</b>			
BCG (recién nacidos)	91,05	98,2	63,0
Trivírica (12 meses)	98,74	82,0	65,8

Principales causas de muerte			
Enfermedades cardiovasculares	27,1	55,4	Sin antecedente
Enfermedades sistema respiratorio	9,5	6,3	7,4
Población general con VIH	22,4	25,0	57,7 (*)
Acceso agua potable	97,8	95	65
Acceso alcantarillado	96,8	98	34,5
Acceso luz eléctrica	99,7	98,5	37,90
Índice de desarrollo humano.	0,847	0,761 (**)	0,498

Fuente: Autoría propia

(\*) : Fuentes encontradas en investigaciones realizadas en años 2011-2015 de carácter internacional realizadas por la Organización mundial de la salud, debido al bloqueo al acceso de las páginas oficiales de los gobiernos de cada uno de los países, ya sea, de carácter político o por seguridad nacional.

(\*\*): Información Extraída de investigaciones internacionales (2018) como ONG que monitorean cada año el ranking mundial de desarrollo humano.

La tabla anterior permite realizar un paneo general en relación a las condiciones básicas de salud en la población migrante internacional venezolana y haitiana con respecto a Chile. Desde el marco de la comparación es posible realizar una lectura parcializada en relaciona las características de cada país.

En relaciona a la densidad poblacional, Venezuela posee una gran cantidad de habitantes, superando ampliamente la cantidad de población chilena, el gran número de población genera una alta de manda en temas sanitarios y acceso principalmente a salud, lo que genera el desafío contante para los Estados en constante mente satisfacer las necesidades sanitarias de su población, si bien en el caso de Haití la población es menor en comparación a los otros dos países las condiciones económicas del país producto de los desastres naturales que azota constantemente la isla genera insatisfacción en la salud por escasas de prestaciones y cobertura.

Según el índice de esperanza de vida Chile es el país que presenta la mayor taza con un promedio de 79 años, sin embrago, Venezuela no se encuentra tan lejos de esta cifra con 74 años si bien estas cifras nos permiten determinar la esperanza de vida, no es posible establecer la calidad de vida con la que envejecen las personas en los respectivos países. En el caso haitiano el promedio de esperanza vida ronda los 64 años, cualquiera sea el

país que se quiera analizar bajo esta categoría, se debe establecer que los estándares básicos de vida que cada país posee en pro de sus habitantes juega un rol fundamental.

La tasa de natalidad según lo que se observa en la tabla anterior, se determina que Chile posee el índice más bajo con un 1,6% de nacimientos, situación que se explica a través del envejecimiento de la población, así como también factores sociales, en donde la maternidad y paternidad es postergada además de los efectivos programas de planificación familiar n donde se realizan la entrega de anticoncepción hormonal. En el caso de Venezuela y Haití, el primer país posee una cifra del 2,3% y el segundo de 3% esta situación es a causa de los problemas políticos, sociales y económicos que poseen dichos países y por consecuencia en el caso de Venezuela el acceso a la planificación familiar se ve limitada y en el caso de Haití el acceso a los métodos anticonceptivos hormonales son casi nulos.

Cada país ofrece cobertura a ciertas prestaciones de salud, lo que busca proteger y generar bienestar en los habitantes, según la tabla, los partos hospitalarios representan un 99% en Chile, liderando en contraste con los otros países, en donde Haití solo el 50% de las mujeres gestantes ingresan al servicio de salud para obtener una atención oportuna en proceso de parto para evitar complicaciones, sin embargo, al no poder acceder gran parte de la población, esta situación genera alta mortalidad maternal con un 68% de muertes constatadas, liderando la tabla, cifras alarmantes las que también evidencian los índices de muertes de niños menores de 5 años, lo que representa un 71,1% debido a las precarias condiciones de salud y los efectos las contingencia sociales. Venezuela se maneja con índices altos con un 96% de los nacimientos en centros hospitalarios, contraponiendo también los índices de Haití. Si bien las condiciones políticas y sociales en Venezuela se han agudizado aún es posible realizar partos hospitalarios.

Con respecto al acceso a las inmunizaciones, según las cifras, los países se encuentran sobre el 70% de cobertura para la población, sin embargo, es preciso establecer que las inmunizaciones en Haití están a cargo de organismo internacionales de ayuda humanitaria, que generalmente los centros de operaciones se encuentran en las principales ciudades de la isla, sin embargo a las afuera de estas no hay registros oficiales de las inmunizaciones realizadas. En el caso de Venezuela, no es posible

determinar por la comunidad internacional la veracidad de las cifras emanadas desde el país, ya que en ocasiones no se realizan los reportes de salud internacionales que se solicitan, sin embargo, para efectos de este documento se utilizan las últimas actualizaciones realizadas por Venezuela y consideran oficiales.

Las principales causas de muerte según cifras de la tabla es posible establecer que la gran mayoría de muertes es a causa de problemas cardiacos, Venezuela tiene un 55,4% en esta índice, mientras que en Chile si bien, la causa de muerte principal también son las enfermedades cardiovasculares solo representa un 22% en comparación a Venezuela, sin embargo, según la proporción de población en Chile, no deja de ser una cifra alarmante para el país. En Haití la principal causa de muerte según registros entregados por la ONUSIDA es por causa del VIH y las enfermedades oportunistas que agravan la condiciones de salud de las personas que poseen dicha enfermedad, teniendo cifras alarmante con más de 50% de la población que se ha infectado, si vienen Chile las cifras de VIH son de menor escala con un 22,4% de igual manera se crean programas de carácter preventivos y paliativos para mantener controlado el contagio y la propagación, ya que, es considerada una cifra en aumento en comparación con la cantidad de habitantes y migración presentada en el último año en Chile.

En relación al acceso a suministros básicos, Chile presenta índices sobre el 90% en relación al acceso de electricidad, agua potable y alcantarillado. Según cifras Venezuela posee gran porcentaje en este índice, situación que en ocasiones se agudiza según los conflictos políticos del país. En el caso de Haití las condiciones de saneamiento básico representan una deficiencia, el acceso a agua potable no responde a estándares adecuados con 65%, siendo el acceso a alcantarillado y electricidad cifras aun menores 37,9% y 34,5% respectivamente, generando un riesgo para la salud de los habitantes del país, ya que, el mal manejo de agua y eliminación de excretas así como la descomposición de los alimentos son potencialmente peligroso.

Como último índice está el de desarrollo humano que a nivel internacional se divide en 3 grandes categorías altos, medios y bajos, según la medición Chile se encuentra dentro del primer grupo, en donde se encuentran los países desarrollados y en vías de desarrollo. Venezuela, se encuentra en el

segundo grupo, con un índice por sobre los 0,700, sin dejar de indicar que Venezuela en este último periodo ha sufrido una baja en su índice; mientras que Haití solo alcanza un 0,498 en su desarrollo siendo el más bajo de la tabla y perteneciendo al tercer grupo.

En forma de conclusión los índices de salud básicos entregados a nivel nacional en Chile son los parámetros más básicos y necesarios para mantener los niveles de vida óptimos para la población, si bien en la cotidianidad se visualizan problemas en el sistema de salud, la comparación en relación Haití y Venezuela, países que presentan mayor número de migrantes internacionales en los últimos años en Chile, ofrecen una mirada general frente a las problemáticas que se enfrentan en los países de origen y marcan una ruta para establecer las condiciones de salud para la población migrante en territorio nacional.

- Sistema de salud del país de origen de los migrantes internacionales

A continuación, se expone el sistema de salud de Haití y Venezuela a grandes rasgos abarcando las características fundamentales de cada una.

En Haití el ente encargado del sistema de salud corresponde al Ministerio de Salud, la red formal de servicios de salud se encuentra organizada en 10 departamentos de salud, con oficinas en los 42 distritos del país, Estas unidades tienen como objetivo coordinar la red de salud en el nivel de atención primaria, sin embargo, la capacidad de desempeñar sus funciones difiere de un departamento a otro, particularmente por la escasez de recursos humanos y materiales.

El sistema de prestaciones de salud en Haití según la OPS/OMS se estructura en tres niveles:

- **Atención primaria:** posee un aproximado de 800 centros de salud y 45 hospitales comunitarios.
- **Atención secundaria:** corresponde a 10 hospitales departamentales.
- **Atención terciaria:** lo componen 5 hospitales universitarios y 3 centros especializados.

De los más de 900 instituciones de salud, 38% son públicas, 42% privadas, y 20% mixtas (OPS/OMS). Los establecimientos privados se dividen en con y sin fines de lucro y tienen una gran presencia en Haití, especialmente en las zonas metropolitanas, no obstante, están poco coordinadas con el sector público de salud. La mitad de los establecimientos de salud se encuentran ubicados en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, lugar en donde reside aproximadamente el 35% de la población. Por tal motivo, la medicina alternativa tiene gran preponderancia producto de lo complejo al acceso de salud.

En el caso de Venezuela, el sistema de salud es complejo y con diversos componentes, por tal razón se expone información extraída según lo establecido por la OPS/OMS.

El Sistema Nacional de Salud de Venezuela (SNS) está integrado por los subsectores público y privado, y se caracteriza por su fragmentación y segmentación. El Ministerio es la institución rectora del Estado y está estructurado en cinco viceministerios: de Salud Integral; de Redes de Salud Colectiva; de Hospitales; de Recursos, Tecnología y Regulación, y de Redes de Atención Ambulatoria de Salud.

El sector público se conforma por diversas instituciones, como el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) y Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA), que cuentan con sus propios servicios de salud o contratan servicios privados para sus adherentes.

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) se basa en los principios suscritos en la Constitución Nacional de 1999 donde la salud, asociada indisolublemente a la calidad de vida y al desarrollo humano, constituye un derecho social fundamental que el Estado garantiza a partir de un sistema sanitario de servicios gratuitos, definido como único, universal, descentralizado y participativo. Este modelo, cuyo pilar principal es la atención primaria de la salud (APS), pone énfasis en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la participación de comunidades

organizadas, así como en el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención.

- **Contexto migratorio chileno**

- ✓ Antecedentes migratorios en Chile

En el periodo del gobierno de Salvador Allende, Chile mantenía las fronteras abiertas para la entrada de la población migrante internacional a pesar de la crisis política y económica que atravesaba el país en aquel entonces. Con posterioridad, en la dictadura militar se realizó una restricción a la llegada de migrantes internacionales producto de los conflictos políticos y la crisis económica que sufrió el país en los años 80 del siglo pasado.

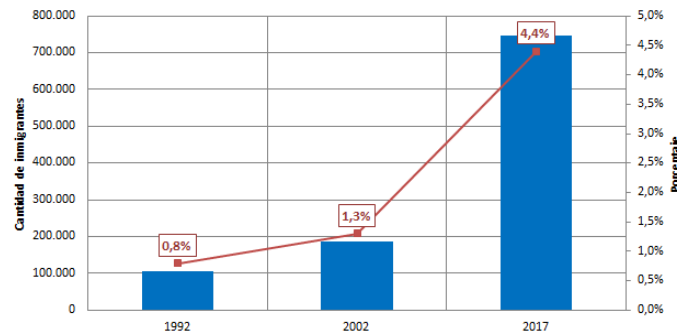
Posterior a la crisis de los 80' la nación mantuvo un crecimiento económico ininterrumpido, lo cual, produjo la llegada de migrantes internacionales provenientes de la región sudamericana principalmente de países Andinos como Argentina, Bolivia, Perú y Ecuador. No obstante, desde el 2001 una serie de sucesos posiciona a Chile como uno de los principales destinos de la migración internacional dentro de Sudamérica; Aumento de la seguridad en las fronteras así como también la crisis económica y política que afectó al principal destino migratorio del cono sur, Argentina (Stefoni, 2005).

En la actualidad la tendencia migratoria sigue en alza, la migración latinoamericana ha ido en aumento, sumado a la migración centroamericana que ha tomado fuerza en los últimos años, situación que responde a la estabilidad económica de Chile en las últimas décadas junto a las dificultades de los otros países de la región. Si bien estos flujos estarían marcados por motivaciones laborales, en muchos casos se trata de una migración forzada por contextos propios del país origen, que buscan en Chile cierta estabilidad política y económica (Rojas y Silva, 2016: 5).

Chile ha pasado de ser un país eminentemente generador de emigrantes a recibir, en las últimas dos décadas, cada vez mayor cantidad de ciudadanos extranjeros que eligen a Chile como el lugar de residencia habitual.

Según el Censo del 2017 la evolución migratoria internacional de los últimos 25 años es posible resumirla a través del siguiente gráfico:

Grafico 1: Cantidad y porcentaje de migrantes internacionales respecto de la población total residente



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

En 1992 la población total censada corresponde a 13.041.098 personas, de las cuales 105.070 son nacidos en el extranjero residentes habituales en Chile, lo que en porcentaje representan al 0,8% respecto de la población total que reside en el país; En el censo del año 2002 en donde la población migrante aumento a 187.008 personas de una población total de 14.763.250. Finalmente se evidencia que en el censo de población y vivienda con mayor cantidad de inmigrantes internacionales corresponde al año 2017, 746.465 personas nacidas en el extranjero son residentes habituales del país, lo cual, representa un 4,4% de la población total residente del país que corresponde a 17.150.383. (INE, 2018)

El fenómeno se ha intensificado en la última década, ya que, del total de inmigrantes censados, dos tercios llegaron a Chile entre el 2010 y 2017. Asimismo, estimaciones recientes del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) —dependiente del Ministerio del Interior— estiman que la cantidad de extranjeros residentes en Chile al 31 de diciembre de 2018 es de 1.251.225 personas (INE/DEM, 2019). Esto quiere decir que entre el último censo y finales del año pasado la población extranjera habría aumentado en un 67,6% (INE/ DEM, 2019).

✓ Perfil Sociodemográfico de la población migrante

- Distribución geográfica

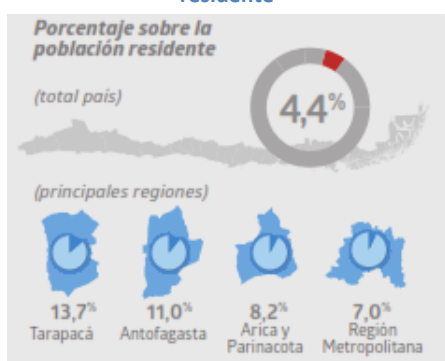
Según el Censo 2017, el 85% de la población inmigrante internacional en Chile se concentra principalmente en cuatro regiones, dos del norte y dos centrales, las cuales, en orden de prevalencia son: Región Metropolitana, Antofagasta, Tarapacá y Valparaíso.

Ilustración 2: Porcentaje sobre el total de inmigrantes



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

Ilustración 3: Porcentaje sobre la población residente



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

Por otro lado, en cuatro regiones la población inmigrante internacional representa más del 5% del total de la población residente de cada región y en dos de ellas supera incluso el 10%. Esto es destacable, puesto que, a excepción de la Región Metropolitana, las tres regiones restantes se ubican al norte del país, limitando geográficamente con Perú y Bolivia, característica central de estas regiones es la presencia de población fronteriza que en el caso del extremo norte de Chile se aprecia desde la incorporación de estos territorios; es por tal razón que los censos de población consignan una relevante presencia de extranjeros en el norte del país.

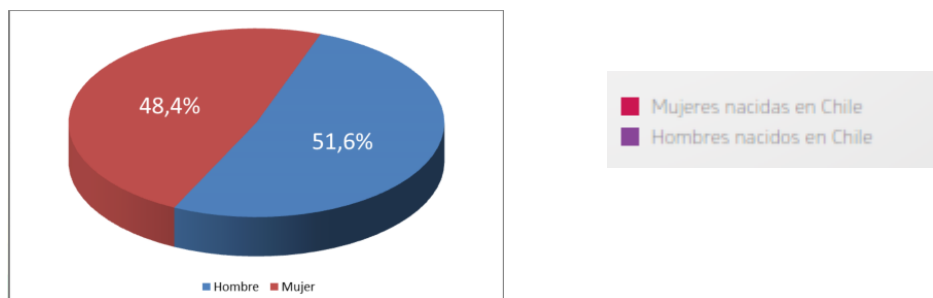
- Estructura de la población por sexo

En Chile, otra de las características de la población inmigrante internacional, es que las mujeres presentan una leve superioridad numérica con respecto a los hombres, alcanzando un 50,6% de la población inmigrante a nivel país, es decir, a nivel nacional hay 97,8 hombres inmigrantes internacionales por cada cien mujeres migrantes internacionales.

Tanto en el mundo como en América Latina, son cada día más las mujeres que emigran en busca de oportunidades laborales, recursos económicos y mejores condiciones de vida, por lo cual se habla de un proceso de feminización en las migraciones.

Según la estimación realizada por el DEM /INE al 31 de Diciembre del 2018 la estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile corresponden a 1.251.225 de los cuales 646.128 corresponden a hombres, mientras que 605.097 son mujeres.

Grafico 2: Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile, según sexo, 31 de diciembre, 2018



Fuente: Departamento de extranjería y migración, 2019

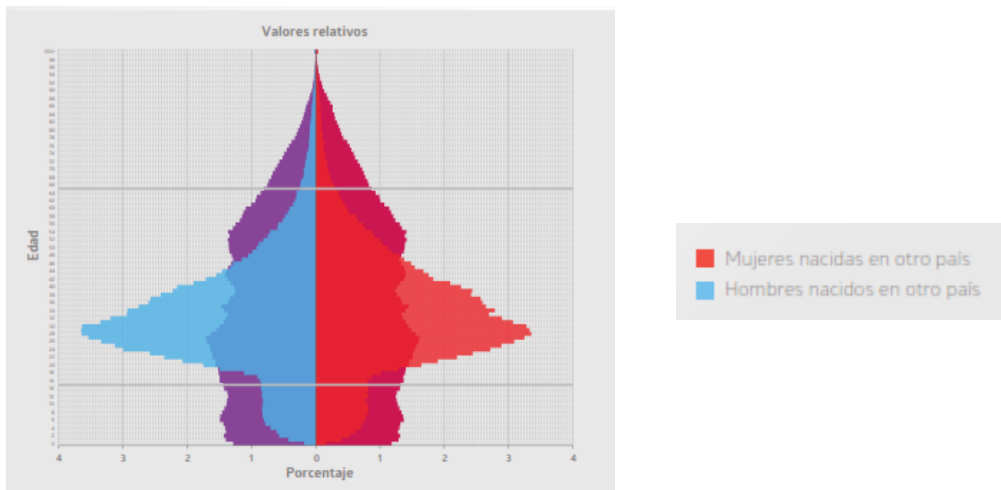
#### - Estructura de la población por edad

Según las cifras del Censo 2017 85,8% de la población inmigrante internacional tiene entre 15 y 64 años, es decir, entra en la categoría de población potencialmente activa. Esta cifra es 18 puntos porcentuales mayor que en la población residente nativa, donde 67,9% conforma este grupo etario. La población de inmigrantes internacionales está menos envejecida que la población nativa, con 3,6% y 11,8% de personas con 65 años o más años de edad, respectivamente.

#### - Pirámide poblacional

La pirámide poblacional de los residentes nativos muestra una forma más rectangular con barras distribuidas de manera muy similar con valores cercanos al 1,5% con excepción de las edades 30-50 años y una población madura que va avanzando al envejecimiento siendo de tipo estacionaria, puesto que la base, es cada vez menos ancha y tiende a ensancharse a medida que avanza la edad.

Grafico 3: Pirámide poblacional distribuida por sexo y edad.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

Al observar la pirámide poblacional de los migrantes (valores relativos) muestra gran concentración en edades potencialmente activas, específicamente entres los 20 y 45 años de edad, lo que permite aportar a los vacíos de la pirámide de los nativos.

- País de Nacimiento

Según el censo (2017), 50,4% de los inmigrantes nació en los siguientes países: Perú 25,2%, Colombia 14,1% y Venezuela 11,1%. Los tres países de nacimiento que aportan la mayor proporción de personas al total de inmigrantes, después de los nombrados anteriormente son: Bolivia 9,9%, Argentina 8,9% y Haití 8,4%. En total, estos seis países constituyen 77,6% de la población inmigrante internacional en Chile.

Tabla 2: Cantidad y porcentaje de inmigrantes internacionales según país de nacimiento.

País de nacimiento	Cantidad	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>746.465</b>	<b>100,0%</b>
Perú	187.756	25,2%
Colombia	105.445	14,1%
Venezuela (República Bolivariana de)	83.045	11,1%
Bolivia (Estado Plurinacional de)	73.796	9,9%
Argentina	66.491	8,9%
Haití	62.683	8,4%

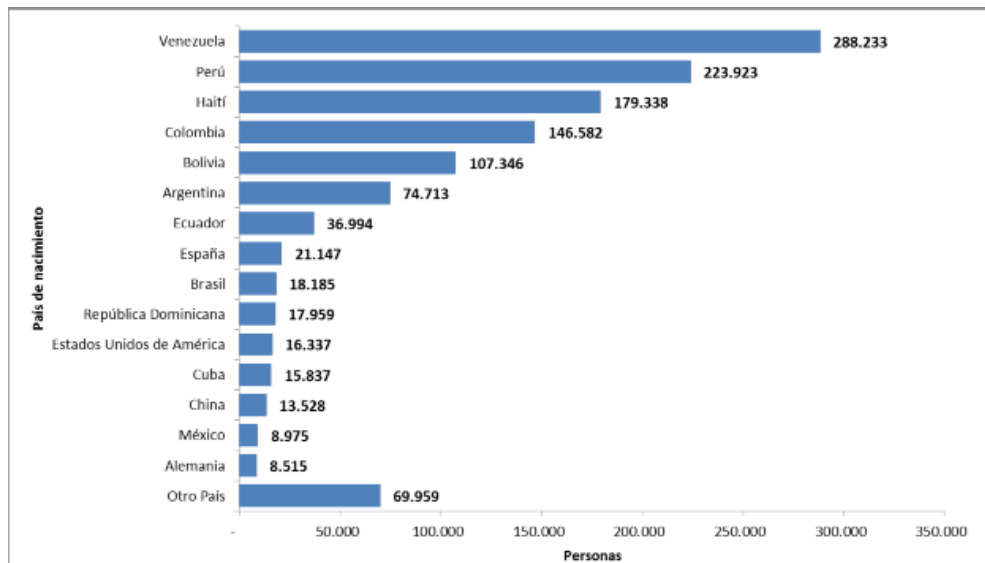
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

La imagen anterior muestra el porcentaje de inmigrantes según el periodo de llegada haciendo énfasis en los siete países de nacimiento con mayor prevalencia al 2017 y agrupando al resto en “otros países”. Es posible

observar las variaciones en el porcentaje de inmigraciones, según periodo de llegada de inmigrantes que nacieron en Bolivia y Ecuador, mientras que existe un incremento en los inmigrantes que nacieron en Colombia, Venezuela y Haití.

Estimaciones recientes del DEM y el INE según la estimación de país de nacimiento pone a la comunidad venezolana como la más prevalente con un 23% del total de personas extranjeras residentes en Chile, mientras que la comunidad haitiana aumenta en un 14,3% del total de personas extranjeras.

Grafico 4: Número de personas estimadas según país de nacimiento. 31 diciembre, 2018



Fuente: Departamento de extranjería y migración, 2019

#### ✓ Contexto regional migratorio

El siguiente apartado, el cual, contempla información referente a las personas inmigrantes internacionales residentes en la región de Valparaíso, se enmarca en la información extraída desde el Censo 2017 realizado en Chile.

La V region de Valparaiso limita al norte con la IV region de Coquimbo; al este con la Republica de Argentina, mientras que al sur limita con la region Metropolitana y la región del Libertador General Bernardo O'Higgins; al oeste con el oceano pacífico.

#### - País de nacimiento

En relacion al país de nacimiento de la poblacion inmigrante internacional el 19,6% de la poblacion residente en la región de Valparaiso nació en

Argentina por lo que al observar el periodo de llegada a Chile, 17,0% declaró haber llegado entre el 2000 y 2009, si bien es la comunidad migrante internacional mayoritaria en la región, se trata de una corriente migratoria antigua, bajo esta premisa y ante las nuevas corrientes migratorias que ha experimentado Chile, es posible determinar que los nuevos flujos migratorios con mayor presencia en la región corresponden a Haití con 5,3% y Venezuela 4,6% según estadísticas del Censo 2017.

**Tabla 3: Porcentaje de inmigrantes internacional en la región de Valparaíso**

Región de residencia habitual: Valparaíso	
País de origen	Porcentaje sobre el total de migrantes nacidos.
Perú	2,1
Colombia	4,2
Venezuela	4,6
Bolivia	2,4
Argentina	11,8
Haití	5,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

- Distribución porcentual del total de inmigrantes internacionales, según comuna de residencia habitual

De acuerdo al censo 2017, en la región de Valparaíso residen habitualmente 40.166 inmigrantes internacionales, los cuales, representan el 2,3% del total de la población que reside en la región. Al analizar la distribución de los inmigrantes internacionales dentro de la región se establece que las comunas que concentran el mayor porcentaje de población migrante del total regional es Viña del Mar con 24,6%, seguida de la comuna de Valparaíso con 15,2%, ambas forman parte del Gran Valparaíso.

**Tabla 4: Región de Valparaíso: Distribución porcentual del total de inmigrantes internacionales.**

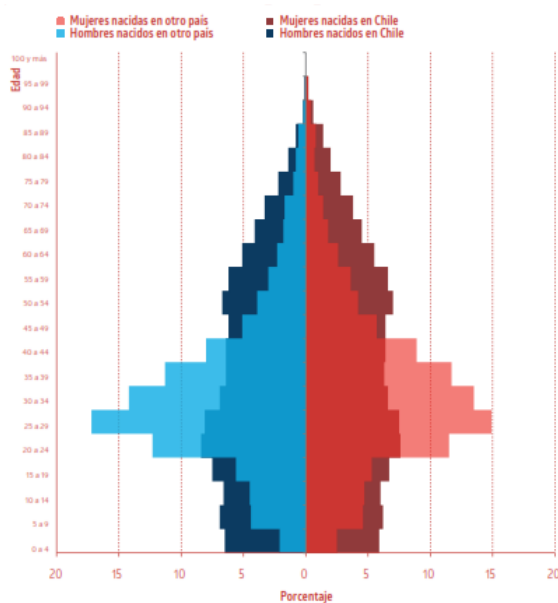
Comuna de residencia habitual	Inmigrantes	Población residente	Porcentaje sobre la población residente	Porcentaje sobre el total de inmigrantes
Región de Valparaíso <sup>1</sup>	40.166	1.765.261	2,3%	100,0%
Valparaíso	6.087	290.037	2,1%	15,2%
Viña del Mar	9.897	325.841	3,0%	24,6%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

- Índice de masculinidad de la población migrante internacional, según comuna de residencia habitual

El índice de masculinidad es la relación que indica cuantos hombres hay cada 100 mujeres, en este caso esta referida específicamente a la población inmigrante internacional. De acuerdo con lo anterior en la región,

Grafico 5: Región de Valparaíso. Distribución por edad y sexo de la población residente habitual, según lugar de nacimiento.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

según estadísticas del Censo 2017, residen habitualmente 105,1 hombres, es decir, la región tiene una inmigración internacional predominantemente masculina. Específicamente la distribución por sexo de la población inmigrante es 51,3% hombres y 48,7% mujeres.

- Edad promedio de la población inmigrante internacional según comuna de residencia habitual

A través de la pirámide poblacional es posible apreciar que la población nativa tiene una base más ancha, no obstante va tomando una forma rectangular, con barras más gruesas que en la pirámide de los inmigrantes en las edades de 45 años y más, lo que habla de una estructura por edad y sexo de la población nativa que va envejeciendo mientras que la población migrante es más joven, con barras que se concentran entre los 20 a 39 años.

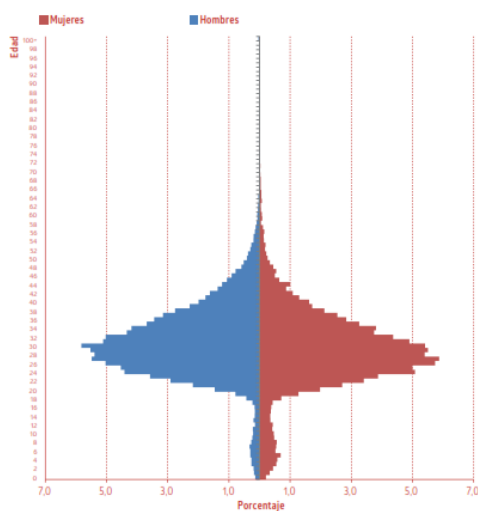
En Valparaíso, 20 de las 38 comunas superaron la edad promedio regional de los inmigrantes internacionales 33,7 años; noveno puesto a nivel nacional, una lo igualó y 17 quedaron bajo ella. La comuna en donde los inmigrantes internacionales son mayores es en Panquehue con 43,4 años, mientras que donde son en promedio más jóvenes es en la comuna de Llaillay con 29,7 años.

- ✓ Características de la población migrante internacional predominante en Valparaíso.

## - Haití

La población inmigrante en Chile nacida en Haití según el censo 2017 es de 62.683 habitantes, lo que representa 8,4% respecto del total de inmigrantes en el país y 0,4% del total de la población residente habitual.

Grafico 6: Distribución por edad y sexo de la población inmigrante en Chile nacida en Haití.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

Respecto de la distribución geográfica, cabe mencionar que 86,4% de los inmigrantes nacido en Haití se concentran en la región Metropolitana y 5,3% en Valparaíso.

Respecto de la razón de sexo las personas migrantes nacidas en Haití son predominantemente hombres. Existen 191,9 hombres por cada 100 mujeres residentes en Chile, hay casi el doble de hombres que de mujeres (INE, 2017). Es el colectivo más masculinizado, lo cual, puede deberse a su reciente llegada al país, así como las limitaciones en el idioma y características propias de la migración.

En cuanto a la estructura por edad, en promedio la población inmigrante nacida en Haití tiene 30,2 años, aproximadamente cinco años más en promedio que el colectivo nacido en Argentina.

La pirámide poblacional de los inmigrantes haitianos en Chile evidencia una concentración de hombres entre los 20 y 35 años, esta pirámide tiene una base muy angosta y una cúspide que a partir de los 60 años es muy delgada, casi invisible.

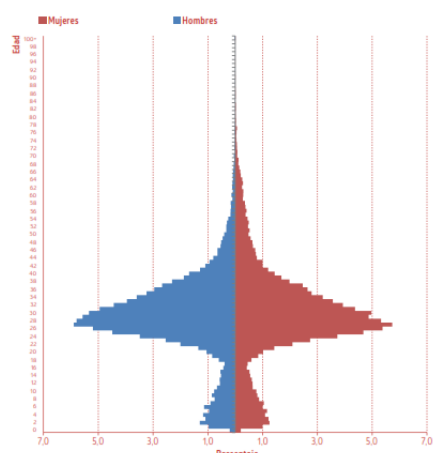
Según el periodo de llegada al país, es posible determinar que la llegada del colectivo haitiano es un fenómeno reciente, puesto que, según estadística del Censo 2017, 56.442 personas que representan 98,8% de los inmigrantes nacidos en ese país declararon haber llegado al país entre el 2010 y el 2017, lo que los transforma en el colectivo con mayor peso en el periodo final.

En cuanto a la fecundidad, las mujeres de 15 a 49 años inmigrantes nacidas en Haití han acumulado a lo largo de su vida fértil 1,2 hijos promedio. Los

nacimientos en el grupo etario de 30-34 años corresponden a 99,7 por cada mil mujeres de dicho grupo etario.

## - Venezuela

**Grafico 7: Distribución por edad y sexo de la población inmigrante en Chile nacida en Venezuela.**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo 2017

La población migrante en Chile nacida en Venezuela según el censo 2017 es de 83.045 habitantes, lo que representa 11,1% respecto del total de inmigrantes en el país y 0,5% del total de la población residente habitual.

Respecto a la distribución geográfica 83,6% de los inmigrantes nacido en Venezuela se

concentran en la región Metropolitana y 4,6% en Valparaíso. La mayor concentración de este colectivo 1,0% se encuentra en la región Metropolitana, situación que se encuentra ligada al reciente periodo de llegada al país.

Las personas migrantes venezolanas son predominantemente hombres, existen 105,6 de ellos por cada 100 mujeres inmigrantes nacidas en Venezuela residentes en Chile. Lo anterior hace referencia a un colectivo masculinizado.

En cuanto a la estructura por edad, la población inmigrante venezolana tienen en promedio 29 años, el colectivo más joven de los estudiados, 4 años por debajo del promedio total de inmigrantes en el país.

La población inmigrante en Chile nacida en Venezuela presenta una pirámide que evidencia la concentración en los tramos de 20 a 40 años, pues, tiene una base angosta y una cúspide que a partir de los 60 años es muy delgada.

El periodo de llegada evidencia que la llegada del colectivo nacido en Venezuela es un fenómeno reciente, puesto que 74.155 personas que representan 93,1 % de los inmigrantes nacidos en ese país declararon haber llegado a Chile entre 2010 y 2017.

La fecundidad en las mujeres inmigrantes venezolanas de 15 a 49 años evidencia que han acumulado a lo largo de su vida fértil 0,6 hijos en promedio, por lo cual, se desprende que las mujeres nacidas en Venezuela

aportan poco a la fecundidad total de inmigrantes, siendo el colectivo con los niveles más bajos en fecundidad, según estadísticas extraídas del Censo 2017.

- **Contexto de Salud Pública en Chile**

Chile se ha ido convirtiendo paulatinamente en un país de destino de migración. El Departamento de Extranjería y Migración (2019) estima que los **migrantes internacionales son el 5,5% de la población total en el año 2018, es decir, cerca de un millón de personas.**

Progresivamente se ha avanzado en mejora el acceso de los migrantes internacionales a los servicios de salud tal y como lo exhorta la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos que Chile ha ratificado, lo anterior se establece a través de la legislación y las prácticas nacionales.

La regulación legal de la migración internacional se encuentra regulada y fundamentada por la Ley de Extranjería que corresponde al Decreto Ley N° 1.094 de 1975 y el decreto supremo N° 597 de 1984 del Ministerio de Interior. De manera adicional existen norma, instructivos presidenciales, oficios, circulares, resoluciones exentas, colaboraciones interministerial, a través vez de los cuales se intenta realizar el reconocimiento de derechos sociales de la población migrante, entre ellos la protección del acceso a salud.

### **Base normativa del Derecho a la Protección de Salud**

El derecho a la protección de la salud de las personas migrantes internacionales en Chile se fundamentan principalmente a través de la **Norma Constitucional** y las **fuentes legales nacionales**, las cuales, son reforzadas mediante los **instrumentos internacionales** que velan por el cumplimiento efectivo de este derecho.

- Norma Constitucional

La Constitución Política de la República de Chile asegura a todas las personas el derecho a la protección de salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, así mismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado. (Const., 1980, art.19, inc. N°9)

- Fuentes legales nacionales

- Ley 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
- El Código Sanitario contenido en el Decreto con Fuerza de ley N° 725 de 1968.
- Ley 18.933, modificada por la Ley 19.381 y la Ley 20.015 de Mayo de 2005 que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por las ISAPRES
- Ley 19.966 de 2004, establece un régimen general de garantías en prestaciones de salud.
- Decreto ley N° 3.500 de 1980 y Decreto Ley 3501 de 1980, regulan la cotización obligatoria.

- Instrumentos Internacionales

- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. artículo 25, párrafo 1.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de toda las Formas de Discriminación Racial, de 1965, artículo 5, apartado e) inciso iv.

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979 artículo 11 y 12, párrafo 1, apartado f)
- Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, artículo 24.
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 Art. 10.
- Convenio N° 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (1981)
- Convenio N° 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (1985)

### **Base Legal del Sistema de Salud en Chile**

En Chile el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, el sistema de salud chileno es de carácter mixto, es decir, está compuesto por dos sistemas, privado y estatal (Const., 1980. art. 19 N°9).

El **sistema privado** de salud está compuesto por las Instituciones de Salud Previsional denominadas ISAPRES y por los Proveedores de Salud particulares. Las ISAPRES son definidas como entidades privadas (Ley 18.933, 1990) encargadas de entregar prestaciones y beneficios de salud que operan como un sistema de seguros basados en contratos individuales en el que los beneficios otorgados obedecerán directamente al plan contratado. Las modalidades de atención en ISAPRE corresponden a:

- Modalidad Prestadores en Convenio o Preferentes
- Modalidad Libre Elección
- Modalidad Cerrada o Médico de Cabecera.

El **sistema estatal** se encuentra integrado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual, es regulado por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DL 2763, 1979). Está formado por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. La ley establece que “Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones de salud que tiendan a asegurar la salud de los

habitantes de la República” (Ley 18.469, 1.985 art.3). Se establece además de que los beneficiarios de las prestaciones de salud otorgadas por el Estado son aquellos afiliados que cotizan en el sistema y las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad. “Las personas carentes de recursos o indigentes” (Ley 18.469, 1.985 art.6). Por lo tanto, los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de prestaciones médicas. Estos son los hospitales públicos y los centros de atención primaria.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el encargado de financiar las diversas prestaciones de salud en los respectivos servicios públicos, otorga cobertura de atención a los trabajadores y trabajadoras adscritas al sistema y ofrece dos modalidades de atención (Superintendencia de salud, 2019)

- Modalidad de Atención Institucional (MAI): Es aquella donde las prestaciones médicas se otorgan en establecimientos públicos que conforman la red asistencial.
  - CESFAM (Centros de Salud Familiar)
  - SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
  - C.R.S (Centro de Referencia de Salud)
  - C.D.T (Centros de Diagnóstico Terapéutico)
  - Hospitales Públicos.
- Modalidad de Libre Elección (MLE): En esta modalidad los afiliados pueden atenderse en establecimientos privados o con profesionales que tengan convenio.

### **Estructura organizacional de los establecimientos de salud**

Los establecimientos de salud presentan una organización por niveles, según la complejidad de la atención brindada, se distinguen tres: nivel primario, secundario y terciario, cada nivel con sus respectivas unidades en la red pública, dependientes de los Servicios de Salud.

**Atención Primaria:** Representa el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema público de salud, brindando atención ambulatoria. El objetivo de la atención primaria se enfoca en otorgar atención integral que apunte a la prevención y promoción de la salud, anticipándose a la enfermedad y brindando atención continua a lo largo de todo el ciclo vital. Mínima complejidad, amplia cobertura.

- Servicios de Urgencia
  - Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)
  - Estación Médico Rural (EMR)
  - Postas de Salud Rural (PSR)
- Consultorios
  - Consultorio de Salud Mental (COSAM)
  - Consultorio de Atención Primaria en Salud (APS)
- Centros
  - Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF)
  - Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- Consultorios Adosados
  - Consultorios Adosados de Atención Primaria (CAAP)

**Atención Secundaria:** Corresponden a atenciones y procedimientos de especialidades ambulatorias procedentes de solicitudes de interconsultas principalmente de atención primaria, en otros casos de otras especialidades. Complejidad intermedia, cobertura media.

- Consultorios
  - Consultorios Adosados de Especialidades (CAE)
- Centros
  - Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT)
  - Centro de Referencia de Salud (CRS)

**Atención Terciaria:** Comprende la atención de cuidados intensivos a usuarios que ingresen derivados desde la atención primaria o secundaria o desde una emergencia hospitalaria. Presenta alta complejidad y cobertura reducida.

- Hospitales
  - Alta complejidad: Tipo 1 y 2
  - Menor complejidad: Tipo 3 y 4

- Red de urgencias intrahospitalarias.

### **Normas e instrucciones en materia de protección de la salud de los migrantes internacionales**

El marco normativa chileno garantiza a los extranjeros en situación migratorio regular acceso a la atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En el marco de otras normativas ministeriales y convenio con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública se asegura la atención de salud a niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas no importando su situación migratoria, así mismo la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la población.

Tal normativa excluye a aquellas personas migrantes internacionales que no califican en la descripción anterior y que se encuentren en estatus de irregularidad dentro del país y sean vulnerables, no obstante, la garantía contenida en el artículo 19 N° 2 de la Constitución chilena, establece que el derecho a la protección de salud, según los términos del artículo 19 N°9 de la Constitución, está garantizado para todas las personas que se encuentren en el territorio nacional, pues todos son iguales ante la ley, lo cual, tiene relación con el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, ratificado en 1989 por Chile y en su artículo 29 establece que “ todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley” (ONU, 1966)

Por lo tanto, de lo anterior se desprende que el marco normativo general de Chile incluye a toda la población, es decir, nacional y extranjera. Por lo tanto, con el fin último de resguardar el derecho de las personas migrantes que se encuentren en situación de vulnerabilidad, se han desarrollado cambios a nivel normativo y se han adoptado nuevas medidas administrativas que apunten a este fin.

Al respecto, se destaca la modificación Decreto Supremo N°110 de 2004 del Ministerio de Salud, el cual, fija las circunstancias y los mecanismos que acreditan a las personas como carentes de recursos o indigentes (tramo A FONASA) dando paso al Decreto Supremo N°67 de 2015, del Ministerio de Salud, el que incorpora como cuarta circunstancia de acreditación de carencia de recursos, para calificar al tramo A de FONASA, a las personas inmigrantes que carecen de recursos o permisos de residencia, permitiendo de esta manera que las personas que se encuentren en dicha circunstancia sean considerados beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud, según lo dispuesto en el artículo 136 letra e) del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, es decir, la situación migratoria irregular ante la administración no constituye un obstáculo para acceder a FONASA en calidad de indigente o carente de recursos, de la misma manera que un persona nacional. Por lo tanto, esta medida busca igualar derechos de salud a todos los habitantes del territorio nacional, incluyendo a personas migrantes, siendo un gran avance en equidad y contribuye a una medida de salud pública y de inclusión social.

La implementación del Decreto N°67 se instruye a través de la circular A15 N°4 de 2015, en donde se reitera todas las vías de acceso al Sistema Público de Salud de las personas migrantes internacionales en iguales condiciones que la población nacional, priorizando siempre la regulación migratoria.

**El Ministerio de Salud comenzó a tomar medidas de protección especial** sobre esta población a partir del 2003 y se refieren específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas, sin embargo, se han desarrollado a lo largo del tiempo otras acciones en el ámbito de la administración, que apuntan a hacer efectivo el derecho de protección y acceso a la salud de los migrantes internacionales son las siguientes:

- Oficio Circular N°1179 de 28 Enero 2003

Instruye a la autoridad migratoria a recibir solicitud de visas temporarias a quienes tengan como fundamento el certificado de control de embarazo.

- Oficio Circular N°6232 de 26 Mayo 2003

Precisa el alcance de la circular N°1179, amplia el beneficio mencionado para aquellas mujeres que la residencia en el país se encuentre vencida y acrediten ser atendidas en los CESFAM.

- Resolución Exenta N°3972 de 16 Junio 2007

Aprueba Convenio de Colaboración Técnica entre Ministerio del Interior y Seguridad Pública y FONASA. Se asegura completa cobertura de salud en la red pública a las personas migrantes en calidad de refugiados.

- Resolución Exenta N°1914 de 10 Marzo 2008

Se aprueba en convenio anterior mencionado y se acuerdan los procedimientos para proporcionar atención en la red pública de salud en igualdad de condiciones que los chilenos a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años sin importar situación migratoria e inscribirlos en el CESFAM más cercano además de poder solicitar residencia temporaria con dicho certificado.

- Oficio Ordinario N°3229 de 11 Junio 2008

Se instruye que las personas extranjeras que se encuentren en Chile con situación migratoria irregular tienen derecho a la atención médica de urgencia.

- Oficio Circular A15 N°06 de 06 Junio 2015

Desvincula la atención de salud de la situación migratoria y se establece las prestaciones de salud pública independiente de la situación migratoria a: Embarazadas; niños, niñas y adolescentes; los casos de urgencia se cobrarán cuando el usuario declare poder pagar las prestaciones sanitarias recibidas.

- Resolución Exenta 4E N°1439 de 28 Marzo 2016

FONASA aprueba procedimientos de acreditación para inmigrantes sin documentos o permisos de residencia, por lo tanto, reitera la normativa más relevante de acceso a la atención de salud para esta población.

Finalmente, considerado lo mencionado con anterioridad todas las personas extranjeras que se encuentren residiendo en territorio chileno y carezcan de documentación o permisos para permanecer en el país y acrediten la

situación de vulnerabilidad serán beneficiados del Régimen de Prestaciones de Salud estipuladas en la ley 18.469 art. 6

## ***Capítulo II***

# ***Ejes Conceptuales***

- **Derechos Humanos**

El término Derechos humanos posee una gran variedad de definiciones, estas dependen del énfasis y la naturaleza de los derechos del ser humano, sin embargo, estos no realizan distinción entre etnia, sexo, raza, religión, nacionalidad o cualquier otra característica que pueda ser considerada limitante en el goce de los derechos de cada ser humano.

Desde la filosofía y creencias de cada autor en relación a los derechos humanos, Ángelo Papacchini (1945) los define como:

Reivindicaciones de unos bienes primarios considerados de vital importancia para todo ser humano, que concretan en cada época histórica las demandas de libertad y dignidad humanas. Agrega, estas reivindicaciones van dirigidas en primera instancia al Estado, y están legitimadas por un sistema normativo o simplemente por el reconocimiento de la Comunidad Internacional. (p. 43)

Se desprende de esta definición la estrecha vinculación entre la teoría de los Derechos humanos y la puesta en práctica de estos, aquellos que sienten que se ha perpetrado una injusticia en su contra por parte de autoridades o cuerpos que componen la estructura estatal, alzan la voz solicitando la no vulneración de derechos y el respeto de estos, por lo general las personas solicitan a las autoridades la reivindicación de sus derechos, son denominados revolucionarios al intentar cambiar la realidad social en la que viven (Papacchini, 1945. p. 43-44). Esta definición es respaldada por Pedro Nikken (1945) al afirmar que históricamente la noción de los Derechos Humanos responde a la afirmación de la dignidad humana ante el Estado, y que no se puede ejercer el poder público en detrimento de la misma. Plantea que el Estado es el responsable del cumplimiento de los derechos humanos inherentes de las personas, por lo tanto, de un sistema normativo, lo que plantea y afirma Papacchini.

Desde una visión iusnaturalista según Sagastume (1991) el derecho radica en la concepción del hombre; el hombre es el centro de la formulación del Derecho, por lo tanto, el derecho es para el hombre (citado en Hernández,

2012). Dicha afirmación se sustenta en la definición de iusnaturalista según Truyol y Serra (1991) la cual, hace referencia a que:

Hay Derechos Humanos en el contexto histórico-espiritual, que es el nuestro, equivale a afirmar que existen derechos fundamentales que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza y dignidad; derechos que le son inherentes, y que, lejos de nacer de una concesión política, han de ser por ésta consagrados y garantizados. (Citado en Hernández, 2012)

La necesidad de una organización humana que respalde el cumplimiento de los Derechos humanos de cada persona, además de tener una visión iusnaturalista cuenta con una visión positivista que afirma que los derechos humanos son una

Facultad que la norma atribuye de protección a la persona en lo referente a su vida, a su libertad, a la igualdad, a su participación política y social, o a cualquier otro aspecto fundamental que afecte a su desarrollo integral como persona, en una comunidad de hombres libres, exigiendo el respeto de los demás hombres, de los grupos sociales y del Estado, y con posibilidad de poner en marcha el aparato coactivo del Estado en caso de infracción. (Peces-Barba, 1991. p. 11)

Es decir, al afirmar que son una facultad que la norma atribuye al ser humano, debe estar estipulado en algún instrumento nacional o internacional para hacer valer el derecho. Héctor Faúndez (2008) define los Derechos Humanos como

Prerrogativas, que conforme al Derecho Internacional, tiene todo individuo frente a los órganos del Poder, para preservar su dignidad como ser humano, y cuya función es excluir la interferencia del Estado en áreas específicas de la vida individual, o asegurar la prestación de ciertos servicios por parte del Estado para satisfacer sus necesidades básicas, y que reflejan las exigencias fundamentales que cada ser humano puede formular a la sociedad a la que forma parte. (Citado en Hernández, 2012)

Las definiciones presentadas exponen diversas visiones, pero se centran en la actividad del Estado como responsable de proteger y proporcionar a los seres humanos el correcto goce de los derechos humanos protegiendo de

esta manera la dignidad humana a través de la aplicación de todos los derechos contenidos en la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la cual, a través del derecho internacional de los derechos humanos “establece la obligación de los Gobiernos a actuar de una manera determinada o abstenerse de emprender ciertas acciones, para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o de los grupos” (ONU, 1948).

Las Naciones Unidas ha creado una normativa integral sobre derechos humanos, la que se presenta como un código protegido de manera internacional al cual pueden adherirse todas las naciones que deseen aspirar al amplio abanico de derechos aceptados internacionalmente, entre ellos derechos de carácter civil, cultural, económico, político y social. Además de establecer mecanismo que permiten promover y proteger estos derechos, así como también ayudar a ejercer las responsabilidades de los Estados.

Las bases de este cuerpo normativo se encuentran aprobadas por la Asamblea General y están establecidas en la Carta de las Naciones Unidas 1945 y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948.

- **Declaración Universal de los derechos humanos**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III) como un ideal común para todos los pueblos y naciones, es un documento que marca un hito en la historia de los derechos humanos y estableció, por primera vez, derechos humanos fundamentales que deben protegerse universalmente. Según las Naciones Unidas los Derechos Humanos

Son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna (ONU 1948).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos forma la Carta Internacional de Derechos Humanos junto al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, dentro de la clasificación de los derechos humanos, corresponde a aquellos denominados de primera generación. Su primer Protocolo Facultativo entraron en vigor en 1976. El segundo Protocolo Facultativo fue aprobado en 1989 (ONU).

El Pacto recoge derechos como la libertad de movimiento; la igualdad ante la ley; el derecho a un juicio justo y a la presunción de inocencia; la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; la libertad de opinión y de expresión; la reunión pacífica; la libertad de asociación; la participación en asuntos públicos y elecciones; y la protección de los derechos de las minorías. Asimismo prohíbe la privación de la vida; la tortura, las penas o los tratos crueles o degradantes; la esclavitud y el trabajo forzoso; la detención o prisión arbitraria; las injerencias arbitrarias en la vida privada; la propaganda en favor de la guerra; la discriminación y la apología del odio racial o religioso.

El Pacto impone al Estado respetar los derechos fundamentales de cada individuo, no impedir su imposición, solo pueden ser limitados según lo prescrito en la constitución.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, clasificado como lo derechos humanos de segunda generación, el cual, entró en vigor en 1976 (ONU) y entre los derechos humanos que el Pacto promueve y protege se encuentran:
  - ✓ Derecho a trabajar en condiciones justas y favorables.
  - ✓ Derecho a la protección social, a un nivel de vida adecuado y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
  - ✓ Derecho a la educación y gozar de los beneficios derivados de la libertad cultural y el progreso científico.

Entre las características del Pacto se encuentran la ampliación de las responsabilidades, satisfacción de necesidades y prestación de servicios

efectuados por los Estados parte, condicionado a las posibilidades económicas y legítimas de cada país.

El Derecho Internacional de Derechos Humanos se ha ampliado desde 1945 a través de una serie de tratados y otros instrumentos, entre ellos figuran

- ✓ Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948).
- ✓ Convención Internacional sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965).
- ✓ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- ✓ Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- ✓ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).

- **Derechos Humanos en Chile**

En el mundo durante las últimas décadas se han creado instituciones destinadas a la protección de los Derechos Humanos, Chile no es la excepción.

El Instituto Nacional de Derechos Humanos nace como un espacio que busca instalar e impulsar los derechos humanos en Chile, siendo una institución estatal que en forma autónoma y pluralista, promueve una cultura respetuosa de los derechos humanos, monitorea el quehacer del Estado de Chile a partir de estándares en la materia y protege la dignidad de todas las personas que habitan el territorio nacional. (INDH, s.f). El 15 de Junio de 2005 el proyecto de ley N° 20.405 que crea el Instituto Nacional de Derechos Humanos ingresa al Congreso Nacional, mientras que el trámite legislativo finalizó al aprobarse en Noviembre de 2009 en el Senado el veto aditivo de la ex Presidenta de la República, Michelle Bachelet, que se orientó a deducir querellas respecto a hechos de lesa humanidad, genocidio, crímenes de guerra, desaparición forzada, tortura, tráfico de migrantes o trata de personas (INDH, s.f). En Noviembre del mismo año es promulgada la ley N° 20.405, de esta manera se cumple el último paso para convertir en ley la iniciativa que tuvo como objeto la creación del INDH como una corporación autónoma con patrimonio propio y cuyo accionar es fiscalizado por la Contraloría General de

la República, mientras que el 20 de Julio del año 2010 se realiza el acto constitutivo del INDH.

El INDH cumple con las siguientes funciones (Ley N° 20.405, 2009) detalladas a continuación:

- ✓ Elaborar informes anuales sobre sus actividades, la situación nacional sobre derechos humanos, hacer recomendaciones. Dichos informes deben ser presentados al Presidente de la Republica, Presidente de la Corte Suprema y pueden ser enviados a la ONU, OEA u organismos de defensa de derechos humanos.
- ✓ Comunicar al gobierno y órganos del estado su opinión sobre situaciones relativas a derechos humanos que ocurran en el país.
- ✓ Proponer a los órganos del estado medidas para promover y proteger los derechos humanos.
- ✓ Iniciar acciones legales en Tribunales de justicia, acordes al ámbito de su competencia.
- ✓ Colaborar con el Ministerio de elaciones Exteriores y otros servicios públicos relacionados a la elaboración de informes sobre temas a presentar ante la ONU o la OEA.
- ✓ Difundir el conocimiento de los derechos humanos y favorecer su enseñanza en todos los niveles educacionales.

Desde otra perspectiva, según la Ley 20.885 (2016) el 5 de enero de 2016 se crea la Subsecretaría de Derechos Humanos, la cual comenzó sus funciones el año 2017. La Subsecretaría de Derechos Humanos depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y es el primer órgano de gobierno creado para proponer, coordinar y asesorar en materia de derechos humanos de forma permanente. Dentro de sus principales propósitos está el incorporar el enfoque de derechos humanos en la gestión pública de las distintas instituciones del Estado. Su misión es:

Contribuir a la promoción y protección de los Derechos Humanos, articulando de manera coordinada a organismos e instituciones públicas a fin de impulsar la elaboración de políticas y planes con enfoque de Derechos Humanos con impacto social; y para los casos de violaciones a los derechos humanos, propender a la verdad y

garantías de no repetición en beneficio de toda la sociedad  
(Subsecretaría de DD.HH., 2018)

### **La salud como Derecho Humano para migrantes en Chile**

Los derechos humanos se encuentran consagrados en normas internacionales que gozan de protección jurídica para su realización, siendo los Estados sus garantes y obligados de: respetar, absteniéndose de intervenir en el disfrute del derecho, proteger, adoptando medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho y cumplir, incorporándolos en su legislación y adoptando medidas positivas para dar plena efectividad del derecho. El principio de progresividad y no regresividad de los derechos humanos reconoce la obligación del Estado respecto a la ampliación del reconocimiento de derechos y a la no regresión de derechos adquiridos y situaciones jurídicas establecidas, este principio prohíbe la adopción de medidas que empeoren la situación que gozaba la población previamente a su adopción. (Rossi, J., & Abramovich, V, 2007).

Bajo la premisa anterior y considerando los procesos migratorios internacionales que han ocurrido en Chile se busca propiciar avances sostenibles en el tiempo, analizando y abordando las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder arbitrarias, que se traducen en barreras de acceso para que las personas migrantes y sus familias puedan ejercer efectivamente el derecho a la salud.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ([PIDESC], 1979), ratificado por Chile en el año 1989, en el artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. De acuerdo con la Observación General N° 14 de la ONU (2013) sobre el derecho a la salud plantea que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”. En dicha observación se señala que la implementación del derecho a la salud abarca los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos que permiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud

a todas las personas. Dentro de los elementos esenciales destacan algunos aspectos que es importante abordar. (Política Migrante, 2017)

- La **Accesibilidad**, establece la obligación del Estado de entregar los bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, asegurando la accesibilidad física y económica. La información es una dimensión relevante y comprende el derecho a obtener información sobre los servicios, bienes, funcionamiento del sistema de salud, como también otros aspectos específicos sobre salud.
- La **Aceptabilidad**, refiere a la obligación del Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto quiere decir que deben considerarse aspectos culturales de las personas, los pueblos y las comunidades, además de ser sensibles al género y al ciclo de vida.

Promover la salud en los migrantes como un derecho humano implica asegurar acceso equitativo a la atención de salud, sin importar situación migratoria y de manera integral e inclusiva, avanzando desde una mirada humanitaria que permita el fortalecimiento de la cobertura universal de salud.

- **Migración internacional**

La migración no es un fenómeno reciente, ha estado presente en toda la historia de la humanidad, no obstante, durante las últimas décadas ha adquirido nuevas características debido al aumento explosivo de migración, situación que requiere abordar el tema desde nuevas perspectivas (Silva, 2006: 157). De esta manera la migración internacional es vista como uno de los temas demográficos más importantes para la creación, en las próximas décadas, de políticas públicas (Martine, Hakkert y Guzmán, 2000).

La migración es definida como el desplazamiento de individuos de un lugar a otro, ya sea dentro de un mismo país o de un país a otro en cualquiera de las tipologías existentes, es decir, de carácter definitivo, temporal o de larga permanencia (Granados, 2011). Al ser un tema complejo, a través del tiempo ha derivado en la construcción de diversos modelos que expliquen el

fenómeno de la migración y destaquen los efectos y las causas del proceso de manera bidireccional, desde el lugar en que se inicia la migración así como también los países que los reciben.

Existe diversidad teórica respecto al fenómeno migratorio, no es posible establecer una teoría general que la abarque por completo ni un modelo único que permita su estudio, por lo tanto, existen diferentes enfoques, teorías y perspectivas que abordan la migración, las que en ocasiones resultan contradictorias (García, 2003). Estas teorías se desarrollan de acuerdo a conceptos considerados válidos y que en un determinado momento predominan, por lo tanto varían con el transcurso del tiempo.

Las teorías migratorias en la historia contemporánea se inician en el siglo XIX y son el marco referencial para el posterior desarrollo teórico, corresponden principalmente a dos líneas de estudio por un lado, Ravenstein quien indica que

La principal causa de las migraciones son las desigualdades económicas entre los países de origen y los de destino. Así, el motor de las migraciones, son las disparidades regionales en niveles de renta y volumen de empleo, además de la inadecuada distribución territorial de la fuerza de trabajo. (Micolta, 2005)

Mientras que W.I. Thomas “fija su atención en las implicaciones psicosociales del hecho migratorio, cuestión que se estudia a partir del análisis de factores culturales y psicológicos” (Micolta, 2005: 67)

A mediados del siglo XX se comienzan a desarrollar diversas teorías que permiten explicar el fenómeno migratorio.

#### - **Teoría Clásica, Ravenstein y el modelo “Push – Pull”**

El modelo push- pull, responde a un modelo de repulsión- atracción que plantea como causa fundamental del proceso migratorio las razones económicas. A través de esta teoría se plantea que la sociedad y la economía corresponden a sistemas que se encuentran autorregulados manteniendo entre sus partes un constante equilibrio (Micolta, 2005). Por lo tanto la migración internacional se basa en factores de atracción y repulsión,

las cuales, hacen referencia a las fuerzas generados en los focos de destino y en donde se originan las migraciones.

- **Teoría con perspectiva histórico – estructural**

Nace como contestación al modelo de “Push – Pull” influenciado por la corriente Marxista, en donde se propone que no es posible explicar las causas de la migración sin ser contextualizadas dentro del cambio social al que se encuentran articuladas. De esta manera, Cardoso y Falleto (1977) proponen que la falta de empleo en las sociedades subdesarrolladas y el desequilibrio estructural entre la oferta y la demanda que existe en la mano de obra crea inestabilidad lo que desemboca inevitablemente en la migración.

- **Teoría del Sistema Mundial**

Bajo esta teoría las migraciones son producto de la globalización económica-cultural y del capitalismo en los países buscando materias primas, trabajadores y consumidores (Massey, 1993). El capitalismo y su expansión, destruye los sistemas económicos de los países subdesarrollados mecanizando e industrializando la agricultura y sustituyendo los cultivos obligando a la migración o predisponiendo a ella.

En la actualidad y a través de diversos organismo como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) es posible definir la migración como un “Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos”. A demás es posible establecer que según la OIM un migrante es:

“Cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: Su situación jurídica; El carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; Las causas del desplazamiento; o la duración de su estancia” (ONU).

La OIM establece que este concepto es un término genérico no definido en el derecho internacional, es decir, no existe una definición universalmente aceptada de “migrante”, no obstante, para la identificación del fenómeno existen conceptos reconocidos que hacen alusión a los movimientos de un lugar de residencia a otro, estos corresponden a Inmigración y emigración.

Según la RAE (2019) la inmigración corresponde a “Dicho de una persona: Llegar a un país extranjero para radicarse en él”. Mientras que emigrar “Dicho de una persona: Abandonar su propio país para establecerse en otro extranjero”. La emigración está consagrada en la ley fundamental del principio 2 del artículo 13 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: "Toda persona tiene derecho a abandonar el país en que se encuentra, incluido el suyo, y el derecho a regresar a su país".

La migración humana es posible clasificarla en seis grandes categorías (Ayuda en Acción, 2018)

- **Migración humana según escala geográfica**

**La migración interna** es un tipo de migración humana mucho **menos controlada que la externa**, pues los ciudadanos de un país tienen, en la mayoría de los casos, derecho a residir en cualquier provincia o ciudad del territorio; por el contrario, la **migración internacional** queda siempre sujeta a una doble legislación impuesta por el país de origen y el país de destino. Si el migrante cumple la ley, decimos que es un inmigrante legal, mientras que, si no lo hace, se le denomina ilegal: muchas personas están en desacuerdo con este calificativo, alegando que las personas no pueden ser ilegales, y defendiendo el uso de otros términos, como irregular o indocumentado.

- **Migración humana según las características del lugar de origen y destino.**

En esta clasificación se enmarcan las **migraciones entre áreas rurales y urbanas**; en países desarrollados la más común es la migración entre ciudades en busca de mejores condiciones de vida; en el pasado, la migración campo-ciudad marcó un gran cambio en muchas partes del planeta y, hoy, se está dando en los países en vías de desarrollo donde las personas emigran a las megalópolis. De forma más minoritaria, pueden darse **migraciones humanas en áreas rural-rural y también urbana-rural**,

que es un fenómeno relativamente nuevo nacido a raíz del turismo ecológico o la mejora de las telecomunicaciones y el transporte.

- **Migración humana según su temporalidad.**

**No todas las migraciones son libres y voluntarias.** A menudo, muchos migrantes se ven obligados a dejar su país o su región debido a **causas económicas, desastres naturales o persecuciones por ideología política.**

- **Migración humana según su grado de libertad.**

**Muchas migraciones humanas son temporales** y a su vez, se subdividen en estacionales, una temporada del año, por lo que se encuentra muy relacionada con el ámbito laboral, temporales reiteradas, donde el tiempo en el país o región se extiende más de lo que se había planteado en un inicio, y de varios años, en los que la **expectativa es volver al país de origen.** En cambio, las migraciones humanas permanentes pretenden establecer un nuevo lugar de residencia en otra región o país, y constituyen el inicio de un nuevo proyecto de vida.

- **Migración humana según edad**

Aunque es una clasificación más minoritaria, también es posible clasificar los tipos de migración por edad, siendo la más común la migración adulta, que habitualmente es el perfil con mayor responsabilidad; lo sigue la **migración infantil**, que suele migrar junto a sus progenitores, pero puede darse el caso de tener que viajar a posteriori (siendo privados de sus padres por un tiempo) y de **ancianos**, que es minoritaria y suele clasificarse en una migración obligatoria (catástrofes, política, etcétera) o en busca de un espacio más tranquilo para vivir.

- **Migración humana según su causa.**

Es aquella categoría que define más a las personas migrantes, las causas pueden ser múltiples, incluso es posible clasificarlas entre generales y personales, sin embargo, destacan cuatro.

- ✓ Causas políticas: Se refieren a las causas derivadas de las crisis políticas que suelen presentarse en ciertos países. Muchas personas

que temen a la persecución y venganza políticas abandonan un país para residenciarse en otro o, al menos, intentan abandonarlo. Cuando las personas emigran por persecuciones políticas en su propio país se habla de exiliados políticos.

- ✓ Causas culturales: La base cultural de una población determinada es un factor muy importante a la hora de decidir a qué país o lugar se va a emigrar. La cultura (religión, idioma, tradiciones, costumbres, etc.) tiene mucho peso en la decisión. Las posibilidades educativas son muy importantes a la hora de decidir las migraciones de un lugar a otro, hasta el punto de que, en el éxodo rural, este factor es a menudo determinante, ya que los que emigran del medio rural al urbano suelen ser adultos jóvenes, los cuales tienen mayores probabilidades de tener hijos pequeños.
- ✓ Causas socioeconómicas: Son las causas fundamentales en cualquier proceso migratorio. De hecho, existe una relación directa entre desarrollo socioeconómico e inmigración y, por ende, entre subdesarrollo y emigración. La mayor parte de los que emigran lo hacen por motivos económicos, buscando un mejor nivel de vida. La situación de hambre y miseria en muchos países subdesarrollados obliga a muchos emigrantes a arriesgar su vida con tal de salir de su situación.
- ✓ Causas familiares: Los vínculos familiares también resultan un factor importante en la decisión de emigrar, sobre todo, en los tiempos más recientes, en los que cualquier emigrante de algún país subdesarrollado, necesita de mucha ayuda para establecerse en otro país de mayor desarrollo económico.
- ✓ Causas bélicas y otros conflictos internacionales: Constituyen una verdadera fuente de migraciones forzadas, que han dado origen a desplazamientos masivos de la población, huyendo del exterminio o de la persecución del país o ejército vencedor. Las diversas guerras han dado origen a enormes desplazamientos de la población o, como podemos decir también, migraciones forzadas.

- ✓ Catástrofes generalizadas: Los efectos de grandes terremotos, inundaciones, sequías prolongadas, ciclones, tsunamis, epidemias y otras catástrofes tanto naturales como sociales (o una combinación de ambas, que es mucho más frecuente) han ocasionado grandes desplazamientos de seres humanos (también podríamos considerarlos como migraciones forzadas) durante todas las épocas, pero que se han venido agravando en los últimos tiempos por el crecimiento de la población y la ocupación de áreas de mayor riesgo de ocurrencia de esas catástrofes.

Las migraciones constituyen un fenómeno demográfico sumamente complejo que responde a causas diversas y muy difíciles de determinar. Responden a la inquietud generalizada de los seres humanos de buscar siempre un mejor lugar para vivir ya que, como señala Pierre George (Rojas, 2009): La fuente de desigualdad más inevitable entre los hombres es su lugar de nacimiento y con las migraciones se intenta superar esa desigualdad.

- **Atención Primaria en Salud (APS)**

La APS es vista como una estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud que tiene como objetivo garantizar el acceso universal a unos servicios sanitarios mínimos mediante una distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria y la ampliación de las políticas de otros sectores.

En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud OMS, de 1977 se definió una nueva política sanitaria: la “Salud para todos en el año 2000”. Con esta política, que tenía como propósito hacer que “todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (OMS/UNICEF, 1978), se manifestó la creciente preocupación de los gobiernos por hacer frente a las desigualdades en las condiciones sanitarias y el acceso a los servicios de salud entre los diferentes países y grupos de población. La Salud para todos promovió un mayor interés internacional en la salud pública, en especial en el desigual impacto de los factores económicos y sociales sobre la salud de las diferentes poblaciones.

Al año siguiente, en la Conferencia de Alma-Ata (Kazajstán) auspiciada por la OMS y UNICEF, quedó establecido que para llevar a cabo la política “Salud para todos en el año 2000” era necesario definir una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Este marco conceptual, que tenía como pilares la equidad, la prevención, la participación comunitaria, la colaboración intersectorial y la aplicación de tecnologías adecuadas. Se definió como “Atención Primaria de la Salud”

La atención primaria de salud es asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OPS, 1978)

El concepto de la APS incorpora algunos componentes básicos comunes al proceso de desarrollo socioeconómico en general, pero con énfasis en su aplicación en el campo de la salud. Según este enfoque, la salud está sujeta a la disponibilidad y a la distribución de los recursos, no sólo los sanitarios como la oferta de médicos, enfermeros, estructuras de salud, etc., sino también otros recursos socioeconómicos como la educación, la disponibilidad de agua potable, la existencia de saneamiento mínimo y la provisión de alimento. Por tanto, la APS propone una distribución más justa y equitativa de los recursos, teniendo especial consideración hacia aquellos que mayores necesidades tienen en materia de salud.

Tal como se recomendó en la Declaración de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978), los planes nacionales de desarrollo deberían incorporar la APS en sus programas de salud, urbanos y rurales, llevando a cabo una reorganización

de la atención sanitaria: transfiriendo recursos humanos y materiales desde los grandes hospitales hacia los centros de salud comunitarios, desde las tecnologías avanzadas hacia las intervenciones simples, y desde la práctica médica altamente profesionalizada hacia los agentes comunitarios de la salud.

A lo largo del tiempo, los países, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales han ido aceptando la “Salud para todos” como meta en sus esfuerzos para mejorar la salud, y la mayor parte de los gobiernos ha aceptado los principios de la APS de la manera en que fueron definidos en Alma Ata y los ha adoptado en sus políticas sanitarias en función de sus condiciones económicas, sociales, culturales y políticas.

No obstante, el progreso en la implementación de los principios de la APS ha sido obstaculizado por diversos factores y el cumplimiento de los objetivos hacia la meta “Salud para todos en el año 2000”, el rápido crecimiento de los servicios privados de atención sanitaria ha tenido un impacto diferente sobre el sector sanitario en función del grado de desarrollo socioeconómico del país.

En este sentido, desde 1995, la OMS, en colaboración con otros organismos internacionales y ONG, ha estado elaborando una nueva política llamada “*Salud para todos en el siglo XXI*”. Esta nueva política, aprobada por la Asamblea de la OMS en 1998, implica una renovación de las metas de “Salud para todos” y se fundamenta en (OPS, 1999): el reconocimiento de que disfrutar del grado máximo de salud constituye un derecho humano fundamental.

#### ✓ **Atención primaria de Salud en Chile**

En Chile la Declaración Alma-Ata cuenta con una trayectoria en relación a los criterios expuestos en dicha declaración, principalmente en relación a la universalidad, intersectorialidad y participación en salud (Castañeda, Cazorla y Cuevas, 2018). Referentes que sintetizan los principales planteamientos de Alma Ata.

**Universalidad:** A comienzos de la dictadura militar contaba con una red pública que integraba las funciones de financiamiento y provisión de servicios sanitarios en el país (López M., 2018). Situación que con posterioridad fue

sustituida estructuralmente, las municipalidades fueron las encargadas de los recursos financieros y la administración de los establecimientos de salud, mientras que el Ministerio de Salud se encargaba de la supervisión técnica (D.F.L N° 1-3063, 1980). Situación que afectó el financiamiento de la atención primaria. Se valorizaban las acciones de carácter curativo-asistenciales por sobre la promoción, prevención y educación en salud (MINSAL, 2012). El monto total de arancel entregado por las atenciones prestadas no contemplaba acciones excedentes, generando déficit de infraestructura, insumos e inversión de personal. Tras la vuelta a la democracia se realizan nuevas acciones con la finalidad de compensar la situación anterior, de manera inicial, se restituye la gratuidad de las prestaciones de salud primaria a aquellas personas beneficiarias de FONASA; Se prioriza las áreas de financiamiento, administración y cobertura; se redefine el método de financiamiento mejorando la equidad en la asignación de recursos y se fomenta la provisión y calidad de las prestaciones ofrecidas (Castañeda, Cazorla y Cuevas, 2018). Con la finalidad de fortalecer la capacidad resolutoria según MINSAL (2007) se implementan una serie de centros de salud, entre ellos se encuentran los Servicios de Atención Primaria de Urgencias SAPU, que asegura atención médica de urgencias en horarios no hábiles; Los Servicios de Atención Médica de Urgencias SAMU, ante una emergencia ofrece la primera respuesta pre hospitalaria; Se desarrollan también de forma complementaria los Servicios de Urgencia Rural SUR, permitiendo la atención de urgencias fuera del horario hábil apuntando a la equidad en las comunas rurales más pobres. En el año 1995 se promulga el Estatuto de Atención Primaria el cual, norma el financiamiento, administración y coordinación desde los principios de descentralización y desconcentración (Ley N° 19.376, 1995). A través de la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental COSAM, se incorporan programas de atención de salud mental de la población. En el año 2004 se promulga la ley N° 19.996 que establece un Régimen General de Garantías en Salud, el cual, define las prestaciones promocionales, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas además de los programas que FONASA debe cubrir para sus beneficiarios. El Régimen además incluye las Garantías Explícitas en Salud GES relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidades de prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades establecidas (Castañeda, Cazorla y Cuevas,

2018). La reforma de Salud impulsa el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2012) transformando los establecimientos de atención primaria en Centro de Salud Familiar CESFAM y Centros Comunitarios de Salud CECOSF.

**Participación en Salud:** Con la transición a la democracia en 1990, la participación en salud es nuevamente revalorizada desde instancias técnicas y políticas; en 1992 se destinan recursos para conformar equipos que sirvan de refuerzo psicosocial para promover la participación ciudadana recomponiendo los vínculos entre organizaciones sociales y los equipos de salud. Años más tarde se define la participación en salud como objetivo estratégico dentro de los Objetivos Sanitarios planteados en la Estrategia Nacional de Salud (MINSAL, 2011) de esta manera se robustece el sistema público aumentando mecanismos de participación ciudadana. Reconociendo los aportes del autocuidado de la población, los efectos de la promoción en salud y la colaboración en el apoyo con la población afectada por patologías crónicas, y dismovilidad, a través de agrupaciones comunitarias que amplifican las respuestas sanitarias. En el año 2012 se dicta la Ley N° 20.584 que establece los derechos y deberes de los usuarios considerando principalmente los relacionados a la dignidad, autonomía y la información como base para la participación en salud (Ley N° 20.584, 2012). El Ministerio de Salud define la atención primaria como “una relación de colaboración y respeto mutuo entre el Estado y la ciudadanía, que favorece el fortalecimiento de la sociedad civil y permite una mayor legitimidad y sustento ético de las políticas públicas” (MINSAL, 2018). Además propone una tipología de participación según objetivos distinguiendo los siguientes niveles: **Informativo:** garantiza información y acceso al sistema de salud a través de las OIRS; **Consultivo:** Sobre decisiones en materia de políticas públicas sanitarias mediante consultas o diálogos ciudadanos; **Gestionaria:** Activa la movilización y gestión de recursos en favor de objetivos comunes; **Habilitadora Social:** identifica problemas comunes buscando soluciones organizadas a través de diagnósticos participativos; **Empoderamiento:** Capacidad de la ciudadanía en incidir en la toma de decisiones políticas y acciones que les afecten.

**Intersectorialidad:** Con la finalidad de contribuir en la mejora de la salud de la población a través de acciones de promoción, prevención y educación en salud se formaliza en 1955 la Comisión Mixta Salud Educación COMSE (SNS, 2018) que a través de Decretos supremos N°48 del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social y N° 12.7735 del Ministerio de Educación Pública, busca el trabajo intersectorial mediante la coordinación de institución de salud y educacionales en favor de la salud infantil. Esta instancia intersectorial se mantuvo en la época dictatorial enfocada en campañas de vacunación y acciones asistenciales. En democracia esta instancia se revitaliza a través del Decreto N°585 del Ministerio de Salud de 1996 que crea las Comisiones Mixtas Asesoras de Salud y Educación (MINSAL, 1997), que tienen como función la asesoría y coordinación de actividades conjuntas en favor de la educación sanitaria de la población infanto- juvenil, lo cual, se lleva a cabo a través del trabajo colaborativo de los CESFAM y los establecimiento educacionales de su territorio, ofreciendo acciones integrales. Otro aporte intersectorial se desarrolla en el 2007 con la creación del subsistema protección integral Chile Crece Contigo (Ley N° 20.379, 2009) modelo intersectorial en donde se aporta a la atención materno infantil desde la atención primaria. Actualmente, se expresa la Intersectorialidad a través de la colaboración entre la atención primaria y los diversos organismos públicos y privados con los que comparte territorio y contempla la coordinación con servicios de atención preferente a infancia, adolescencia, mujeres, migrantes y población adulta mayor.

✓ **Atención primaria de salud Chile para migrantes internacionales**

La Organización Mundial de la Salud a partir de la resolución A61/17 (OMS, 2008) está preocupada de esta materia y apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes independiente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal, y ha establecido una serie de recomendaciones de salud pública entre las que destacan:

- Promover el acceso equitativo en la promoción y la atención de la salud para las personas migrantes.

- No establecer restricciones arbitrarias a la circulación, estigmatizadoras o prácticas discriminatorias a las personas migrantes basadas en las condiciones de salud que estos experimentan.

Todas y todos tienen el Derecho a la Salud, sin ningún tipo de discriminación e independiente de la situación migratoria regular o irregular. El estado de Chile se ha comprometido a través de diversos instrumentos firmados a garantizar este derecho buscando alcanzar un nivel óptimo de salud física y mental. Para acceder al Sistema Público de salud los migrantes en situación de irregularidad tienen el derecho de inscribirse en tramo A de Fonasa, lo cual, garantiza la atención de salud gratuita en hospitales y centros de salud pública, además la inscripción en la unidad de admisión del centro de salud familiar (CESFAM) más cercano permite acceder a las prestaciones de prevención y promoción de salud.

MINSAL (2018) establece que las prestaciones de prevención y promoción de salud a las que pueden acceder los y las migrantes internacionales, apuntan a proteger la salud general de la población, estos programas corresponden principalmente a

- **Programa Infantil:** apunta principalmente al control de niño sano, vacunas, consultas médicas generales, las cuales van enfocadas principalmente en la primera infancia; las prestaciones a adolescentes se suman controles ginecológicos y consultas sobre planificación familiar (anticoncepción).
- **Programa Dental:** La cobertura abarca a las personas durante todo el ciclo vital, desde los 6 meses de vida que ingresan los niños, hasta la adultez mayor.
- **Nutrición:** Consultas nutricionales, Exámenes de laboratorio y radiografías; medicamentos; alimentos para lactantes, embarazadas y mujeres en amamantamiento son las principales prestaciones del programa.
- **Programa de salud del adulto:** Control de salud preventivo, Consulta médica, Control de pacientes con enfermedades crónicas, Vacunación anti-influenza.
- **Programa de Salud de la Mujer:** Control pre-natal, Control paternidad responsable, Consultas morbilidad obstétrica y ginecológica.

- **Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor:** Está orientado a dar respuesta a los problemas de salud que se presentan con gran frecuencia entre los adultos y adultos mayores.
- **Programa de Salud Mental:** Atención Clínica Individual, Familiar y Grupal, Actividades de Promoción y Prevención en Establecimientos Educativos y Centros de Salud, Subprograma Alcohol y Drogas, Depresión, Trastornos Emocionales, Violencia Intrafamiliar, Infancia juvenil, Discapacidad Psíquica, Salud Mental, Adulto Mayor, Visitas Domiciliarias, Consulta Médica

En el caso de la atención médica de urgencias, esta es un derecho sin importar nacionalidad, edad o situación migratoria y no puede ser condicionada al pago de dinero y se debe asistir al servicio de atención primaria de urgencias (SAPU) en el caso de emergencias de menor complejidad que no impliquen riesgo de muerte, en el caso contrario se debe acudir a hospitales o postas de urgencia siempre portando algún documento e identificación.

## ***Capítulo III***

# ***Marco Metodológico***

- **Fundamentación Metodológica**

La sistematización puede ser definida como un proceso de generación de conocimientos a partir del análisis y reflexión realizada desde la propia práctica. (Castañeda, 2014). Emerge como respuesta a la necesidad de rescatar los aprendizajes surgidos en las intervenciones sociales realizadas a través de proyectos sociales, instituciones no gubernamentales o agencias internacionales que presentaban un carácter alternativo a las políticas sociales oficiales en la década de los ochenta, bajo el marco de gobiernos dictatoriales.

El trabajo social chileno en la década de los 70 y 80 debió ajustarse a la nueva realidad política que vivía el país, situación por la cual, la profesión sufrió censura y persecución política, ante esto y para que lograra sobrevivir a este contexto fue necesario realizar un ajuste a la intervención social, pasar desde un esquema crítico y comunitario a uno asistencialista, volviendo a los orígenes de la profesión, como se plantea en el artículo *“Las cuentas pendientes de la sistematización”* de Ximena Valdés, en donde se da cuenta de la percepción de diversos trabajadores sociales de la época.

“Ofrecía la posibilidad de recuperar y comunicar los conocimientos que esas prácticas generaban, en un momento en que los “marcos teóricos” utilizados hasta entonces no eran capaces de explicar e interpretar los procesos de organización y solidaridad en los sectores populares que, en medio de las violaciones de los Derechos Humanos, los trabajadores sociales podíamos constatar” (D. Sánchez, 1989). (Valdés, 1992)

Por lo tanto, la sistematización surge como una forma de rescatar las experiencias de intervención facilitando su comunicación y se instala como concepto de referencia en el marco de la intervención social. (Castañeda, 2014).

Según Santibáñez y Cárcamo (1993) no existe solo una definición con respecto a qué es sistematizar, sino que las diversas proposiciones que se encuentran dependerán del acento que se ponga en los diversos objetivos para sistematización, no obstante, los aspectos de la sistematización en los cuales existe acuerdo son:

- ✓ El objetivo general de la sistematización es relacionar la práctica con la teoría.
- ✓ La sistematización es una actividad que produce conocimientos sobre la práctica.
- ✓ Es posible comprender y comunicar las prácticas de acción y/o promoción social a través de la sistematización.

Si se mezclan estos tres elementos la sistematización se puede definir como: Un proceso a través del cual se recupera lo que los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla, produciéndose así, un nuevo tipo de conocimiento (Santibáñez y Cárcamo, 1993).

Santibáñez y Cárcamo (1993) establece que la sistematización puede responder a tres categorías de objetivos, dependiendo de los intereses de los sistematizadores.

- ✓ Favorecer el intercambio de experiencias entre distintos equipos.

El objetivo es realizar una traducción de las experiencias de acción y/o promoción social, a un código que decanta lo común en ellas y permite la mutua comunicación.

- ✓ La comprensión y la reflexión de un equipo sobre su propio trabajo.

Desde esta perspectiva la sistematización tiene como objetivo que el promotor recupere su relación con la práctica, organice lo que sabe de ella, comunicara a otros, así como reflexionar, cuestionar y adecuar su práctica a las necesidades de los grupos con los que trabaja.

- ✓ Adquirir conocimiento (o teoría) a partir de la práctica.

La sistematización desde esta perspectiva, es un proceso permanente y acumulativo de producción de conocimientos a partir de las prácticas de intervención de la realidad social. Por lo tanto, desde esta perspectiva la sistematización articula teoría y práctica y permite transitar del conocimiento común (experiencia) al conocimiento consciente y organizado.

La sistematización tiene como referente principal a la práctica, mientras que su fin último es volver a ella para reorientarla desde lo que ella misma enseña, por lo tanto, sin práctica no hay sistematización posible. Dentro del desarrollo de la sistematización se plantea que **no existe práctica sin teoría, teoría sin práctica**, por ende, **sistematización no puede existir sin teoría y práctica**

Se entiende por teoría como un conjunto de corpus de conocimientos científicos, disciplinarios, profesionales y técnicos que otorgan marcos comprensivos a la interpretación de la realidad social (Castañeda, 2014).

Por su parte, la práctica puede ser concebida como un trasfondo de saberes activos que operan como interpretaciones y comprensiones a través de las cuáles se expresan los desempeños profesionales.

Y para establecer la relación dinámica entre teoría y práctica presente en la sistematización, Castañeda (2014) plantea los siguientes puntos de referencia:

- ✓ **No hay teoría sin práctica:** La teoría es hija de la experiencia, las certezas teóricas son fruto del ensayo, del error, de la paciencia y de la perseverancia de quienes largamente las han buscado en la propia práctica.
- ✓ **No hay práctica sin teoría:** La teoría no se abandona ni está ausente en la práctica. Emerge en el lenguaje técnico exigido por el desempeño profesional, acompaña intensas reuniones de trabajo al aportar modelos y secuencias de análisis para organizar y comprender la realidad cotidiana que se debe intervenir.
- ✓ **No hay sistematización sin práctica:** El corazón de la sistematización es la práctica cotidiana, la que se desarrolla en tiempo y espacio real en los contextos institucionales y/o programáticos en que se respalda. La sistematización permite romper las fronteras y pasar de un relato oral descriptivo pleno de anécdotas y detalles, para proyectarlo a la trascendencia del aprendizaje.
- ✓ **No hay sistematización sin teoría:** En el marco de la sistematización, la teoría precede, preside y procede desde la intervención social.

Diversos autores llegan a la conclusión de que la sistematización es un instrumento metodológico de investigación que permite especialmente que los trabajadores sociales respondan a los desafíos que plantea la realidad social en donde trabajan, la cual es compleja y cambiante, de manera de optimizar las actividades desarrolladas en función de cambios buscados. (Aguayo, 2006). Se asume así que desde la sistematización es

posible generar conocimientos desde la práctica, reconociendo su potencial formativo y de generación de nuevos conocimientos.

- **Delimitación de la Sistematización**

La delimitación de la sistematización es un proceso dinámico y flexible, requiere ser definido considerando los diversos matices en que una experiencia práctica puede ser registrada y analizada, desde esa perspectiva la presente sistematización se desarrollara en base a los aprendizajes que emergen de la experiencia práctica, que provienen del equipo de trabajo, la institucionalidad y las personas participantes y representan los principales aportes para la generación de nuevos conocimientos permitiendo capturar la contingencia social y aportando pistas para el análisis de los procesos sociales.

- **Objetivos de la Sistematización**

#### Objetivo General

Sistematizar las situaciones de salud en los principales programas de la Atención Primaria de Salud de la población migrante haitiana y venezolana residente en la ciudad de Valparaíso.

#### Objetivos Específicos

- Identificar las situaciones de salud en el Programa Nacional de Salud de la Infancia para niños y niñas migrantes en la atención primaria de Salud.
- Caracterizar las prestaciones de salud que ofrece el Programa Nacional de Salud de la Mujer en atención primaria para mujeres migrantes.
- Establecer las prestaciones médicas que la atención primaria de salud ofrece a los migrantes internacionales adultos.
- Identificar las prestaciones de salud del programa salud bucal para población migrante internacional en Atención Primaria.

- **Colectivos Participantes de Sistematización**

Los colectivos participantes de proceso de sistematización son todas aquellas personas que han participado de forma significativa en la experiencia práctica a sistematizar.

El proceso de levantamiento de información cuenta con un colectivo que dará a conocer sus experiencias desde dos perspectivas, personas migrantes internacionales y profesionales de la salud, que permitirán dar respuesta al objetivo general del proceso de sistematización, si bien no se definen colectivos principales ni secundarios, ya que todos poseen una importancia central, se realiza la identificación de más de un colectivo, no asociado a un atributo comparativo como es el caso de los procesos de investigación, sino que con la finalidad de mayor comprensión.

Teniendo en consideración el principio de confidencialidad, se determinará la profesión y el cargo del profesional de la salud, mientras que en el caso de la persona migrante, la nacionalidad.

Profesionales participantes	Institución
Profesión: <b>Trabajadora Social</b>	CESFAM Quebrada Verde, Playa Ancha, Valparaíso.
Profesión: <b>Odontólogo</b>	CESFAM Esperanza, Cerro Esperanza, Valparaíso.
Profesión: <b>Odontóloga</b>	CESFAM Jean Marie Thierry, Subida El Litre, Valparaíso.
Profesión: <b>Médico</b>	CESFAM Jean Marie Thierry, Subida El Litre, Valparaíso.
Profesión: <b>Enfermera</b>	CESFAM Quebrada Verde, Playa Ancha, Valparaíso.
Profesión: <b>Matrona</b>	CECOSF Las Palmas Chilenas, Forestal Alto, Viña del Mar.

<b>Migrantes internacionales Participantes</b>	
<b>Nacionalidad</b>	<b>Tiempo de residencia en Chile</b>
Migrante Venezolano/a	2 años
Migrante Venezolano/a	9 meses
Migrante Haitiano/a	1 año
Migrante Haitiano/a	2 años

- **Técnicas con fines de sistematización**

- ✓ **Revisión Documental con Fines de Sistematización**

El proceso de revisión documental con fines de sistematización es el punto de partida para el levantamiento de información, lo cual, tiene como finalidad recopilar todos aquellos antecedentes de relevancia que permitan conocer la temática migratoria internacional en Chile y el acceso a las prestaciones de salud en Atención Primaria a las que esta población puede acceder.

El proceso de levantamiento de información emerge de la revisión de diversas fuentes bibliográficas, aquellas que apuntan a nivel teórico conceptual y principalmente a las fuentes legales, ya que son estas las que establecen una base normativa que regula dentro del territorio nacional la temática a abordar en la sistematización y a su vez proporcionan el marco legal dentro de las instituciones de Atención Primaria de Salud y establecen los conductos regulares a los que se enfrenta el migrante internacional residente habitual en el país. La revisión de antecedentes proviene principalmente de la Legislación de Chile, y documentos del Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio de Salud, FONASA y Superintendencia de Salud.

Los documentos revisados corresponden a los siguientes:

- Política de Salud de Migrantes Internacionales de 2017
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Ley de extranjería. DL N° 1.094 de 1975.

- Decreto Supremo N° 597 de 1984.
- Ley 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
- Decreto Supremo N°67 de 2015
- Oficio Circular A15 N°06 de 06 Junio 2015
- Resolución Exenta 4E N°1439 de 28 Marzo 2016
- Cartilla salud del Inmigrante. Ministerio de Salud.

### ✓ Entrevistas con Fines de Sistematización

Previa revisión documental y una vez agotada la primera plataforma de información se procede a realizar entrevistas con fines de sistematización, las cuales, apuntan a recabar las experiencias de los colectivos participantes en relación a la Atención Primaria en Salud.

La entrevista posee una modalidad individual, estructurada y en profundidad, con preguntas dirigidas, definidas y organizadas en virtud de los objetivos propuestos para la sistematización orientados principalmente a obtener una narración desde la propia experiencia de los colectivos participantes en relación a la atención primaria de salud permitiendo establecer de manera clara las percepciones y opiniones frente a la temática con la finalidad de contrastar la información obtenida con aquella información recogida desde otras fuentes e instrumentos.

Los núcleos temáticos revisados para la realización de las entrevistas son los siguientes:

Núcleos temáticos	Preguntas más relevantes
<b>Salud Infantil</b>	<p>¿Cómo se realizó el proceso de vacunación de su hijo?</p> <p>Podría comentarme desde su experiencia ¿En qué consisten los controles mensuales de los niños?</p>
<b>Salud de la Mujer</b>	<p>Según su experiencia ¿ En qué consisten los controles de embarazo?</p>

	<p>¿Cuáles son los exámenes que se realizan en el embarazo?</p> <p>Puede comentarnos ¿Ha asistido a controles ginecológicos ¿Que exámenes se ha realizado?</p> <p>¿Hace uso de anticoncepción hormonal? puede comentarnos ¿Cómo logró acceder a ellos?</p> <p>Según su experiencia ¿En qué circunstancias acude a la matrona?</p>
<b>Salud del Adulto</b>	<p>¿Cuáles son las principales causas de solicitar atención médica en el cesfam?</p> <p>Podría comentarnos ¿Cuándo se siente enfermo, cuales son los pasos a seguir?</p>
<b>Salud Bucal</b>	<p>¿Cada cuánto tiempo se realiza controles dentales?</p> <p>Puede comentarnos ¿cuáles son las principales causas para asistir al odontólogo?</p> <p>Según su experiencia ¿ha tenido urgencias dentales? ¿Cómo se solucionó esto?</p>

- **Plan de Análisis**

El plan de análisis que desarrollara el equipo de trabajo se realizará a través de análisis categoriales.

Según Castañeda (2014) alude al análisis categorial como al tratamiento de la información organizada desde categorías de trabajo aportadas por los referentes teóricos conceptuales y /o categorías generadas por los contextos institucionales.

A continuación se presenta la siguiente matriz, en la cual serán traspasados los datos analizados de las entrevistas realizadas siguiendo la siguiente estructura.

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION</b>		
<p><b>Situación de Salud:</b> Fueron organizadas conforme a los programas de atención primaria de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p><u>Programa de salud infantil:</u>  <b>Control Niño Sano: Contribuye a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años</b></p> <p><b>Morbilidad Infantil:</b> Atención de salud para niños y niñas otorgada por un médico que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica con o sin prescripción de exámenes.</p> <p><b>Inmunizaciones:</b> Busca la protección de la población residente en Chile, frente a enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública</p> </li> <li> <p><u>Programa de salud de la mujer:</u>  <b>Control de embarazo :</b> El Estado chileno garantiza la atención de salud a todas las mujeres que estén embarazadas cualquiera sea la nacionalidad</p> <p><b>Salud sexual y reproductiva:</b> Busca orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable</p> </li> <li> <p><u>Programa de salud Adulto:</u>  <b>Morbilidad Adulto:</b> Atención de salud otorgada por un médico que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica con o sin prescripción de exámenes e incluye procedimientos como medición de presión arterial y otoscopia.</p> </li> <li> <p><u>Programa de salud bucal:</u> La Política de Salud Bucal está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población adulta e infantil, con énfasis en los grupos más vulnerables.</p> </li> </ul>		
<p><b>Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia:</b> Corresponde a los países de Venezuela y Haití, de los cuales, se extrajeron los datos de análisis.</p>		
<p><b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b></p> <p>Corresponde a las experiencias de los migrantes en Atención Primaria de Salud</p>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<p><b>POBLACION MIGRANTE</b></p> <p>Persona migrante entrevistada de manera voluntaria</p>	<p>Refiere a las declaraciones obtenidas de los migrantes internacionales según la apreciación de la atención de salud primaria en Chile.</p>	<p>Corresponde a fragmentos extraídos de las entrevistas realizadas.</p>

<p><b>EQUIPO DE SALUD</b></p> <p>Corresponde a profesionales de salud de diversas especialidades médicas entrevistadas para el levantamiento de información: Matrona, Médico de familia, Enfermera, trabajadora social, Odontólogos.</p>	<p>Refiere a las declaraciones obtenidas de las experiencias de los profesionales de la salud en atención de migrantes internacionales.</p>	<p>Corresponde a fragmentos extraídos de las entrevistas realizadas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b></p> <p>Corresponde a las experiencias de salud de las personas migrantes en su país de origen.</p>		
<p><b>SUJETOS</b></p>	<p><b>Características técnicas</b></p>	<p><b>Fragmentos ilustrativos</b></p>
<p><b>Población migrante</b></p>	<p>Refiere a las declaraciones obtenidas de los migrantes internacionales en relación al sistema de salud del país de origen.</p>	<p>Corresponde a fragmentos extraídos de las entrevistas realizadas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Niveles de intervención en salud</b></p>		
<p><b>Preventivo:</b> Prácticas médicas que están diseñados para prevenir y evitar la enfermedad, tiene como objetivo proteger, promover y mantener la salud y el bienestar, al mismo tiempo que prevenir la discapacidad y muerte.</p> <p><b>Curativo:</b> Todas las técnicas médicas aplicadas al individuo con el fin de hacer un diagnóstico de salud y formular un tratamiento o indicaciones para la rehabilitación del caso.</p> <p><b>Paliativo:</b> Práctica médica que busca aliviar el dolor y otros síntomas al paciente, a más de mejorar la calidad de vida ante la enfermedad.</p> <p><b>Urgencia:</b> Corresponde a la práctica médica que actúa sobre cualquier enfermedad en su momento agudo, que plantea dolor severo o posibles complicaciones y no puede ser demorada.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Acciones complementarias</b></p>		
<p>Referente a programas o acciones de acompañamiento para la realización de los programas principales de manera óptima frente a una situación de salud, estas se pueden reflejar en: visitas domiciliarias, derivaciones, talleres de acompañamiento y de carácter educativo, realización de campañas según condiciones sanitarias.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Brechas</b></p>		

Corresponde a las distancias en aspectos de salud entre los países de origen los migrantes internacionales y la atención de salud primaria en Chile

**Brecha de acceso:** refiere a la condición de dificultad en el acceso a las atenciones de salud primaria. Las principales dificultades corresponde a la escases de insumos en el país de origen; beneficio de la salud es más escaso que el número de personas que lo demandan.

**Brecha prevención:** corresponde a la realización de campañas y talleres de salud relacionados al cuidado pre-enfermedad, realización de promociones preventivas de salud y fomento del autocuidado.

**Brecha de cobertura:** corresponde población que puede acceder a las prestaciones y programas ofrecidos en el sistema de salud, las principales brechas es la sectorialidad y falta de seguimiento en los tratamientos médicos.

- **Procedimientos de Validación**

Con la finalidad de asegurar la autenticidad y utilidad de la información recabada y propuesta por el equipo de trabajo, se requiere aplicar procedimientos de validación que permitan plasmar a través de un instrumento o técnica los antecedentes obtenidos y utilizados en el proceso de sistematización.

- ✓ Triangulación:

La triangulación permite validar los resultados obtenidos en la medida que la información recopilada es contrastada en su interpretación por más de un referente.

- Triangulación interna

Corresponde a la contrastación de los procesos de análisis y de los resultados obtenidos en la sistematización con referentes disponibles dentro de los límites de la experiencia particular que se sistematiza. En la presente sistematización la contrastación será según las experiencias obtenidas de las experiencias profesionales obtenidas a través de entrevistas.

Los núcleos temáticos de las entrevistas a profesionales de salud corresponden a las siguientes.

Núcleos temáticos	Preguntas más relevantes
<b>Salud Infantil</b>	<p>Puede comentarnos por favor ¿Cuáles son las principales prestaciones para la población infantil?</p> <p>¿En qué consiste el control niño sano y quienes pueden acceder a el?</p> <p>Según su experiencia ¿cuáles son las principales causas de morbilidad infantil?</p> <p>¿Cómo se realiza el proceso de vacunación en niños migrantes internacionales?</p>
<b>Salud de la Mujer</b>	<p>Nos puede comentar por favor ¿cuáles son las prestaciones a las que tienen derecho accederlas mujeres migrantes en la atención de salud primaria?</p> <p>Nos puede relatar ¿Cuáles son las características del control de embarazo?</p> <p>¿Cuáles son las principales situaciones que se realizan en un control médico de salud sexual y reproductiva?</p>
<b>Salud del Adulto</b>	<p>Según su experiencia podría relatarnos ¿Cuáles son las causas principales de morbilidad adulto?</p>
<b>Salud Bucal</b>	<p>Según su experiencia ¿Cómo es la salud bucal de los migrantes internacionales?</p> <p>¿Cuáles son las principales situaciones de atención de los migrantes internacionales?</p>

## *Capítulo IV*

# *Resultados de la experiencia*

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de las técnicas con fines de sistematización utilizadas, las cuales, han sido aplicadas a los colectivos participantes del proceso de sistematización; los resultados se encuentran organizados por nacionalidad de la persona migrante y bajo la lógica de fichas de trabajo, las que dotan de estabilidad al contenido recopilado y a su vez respaldan los procesos de análisis posteriores.

- **Venezuela**

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION VENEZOLANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Control de salud del niño o niña		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile - Venezuela</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Inscripción al CESFAM.</li> <li>☐ se deriva a Asistente Social, quien gestiona cita.</li> <li>☐ Se otorga cita según necesidad de atención para especialistas o ingreso a programas de Salud.</li> </ul>	<p>“...desde un principio me la quisieron registrar en el CESFAM, fue al control de niño sano...” (Migrante venezolana)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ El control niño sano es realizado por una enfermera.</li> <li>☐ El control niño sano se realiza de manera mensual hasta los 6 meses, posteriormente cada dos meses y después cada un año.</li> </ul>	<p>“hay algo que a mí me hace mucho ruido que es que en el CESFAM cuando ellos tienen el control mensual lo hace la enfermera, no los ve un pediatra...”(Migrante venezolana)</p>
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ El control niño sano se realiza desde los 0 a 9 años.</li> <li>☐ Se realiza el mismo procedimiento a todos los niños y niñas sin distinción.</li> <li>☐ El control niño sano contempla niveles de atención según edad.</li> </ul>	<p>“Cuando ingresa un niño migrante se le realiza lo mismo que un niño nacido en Chile, los mismos controles acorde a su edad.”(Enfermera, CESFAM)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Se realizan exámenes físico y motores para determinar el desarrollo según la edad.</li> </ul>	<p>“... le hacemos un examen físico para ver si el crecimiento está teniendo un patrón normal en relación a lo que se espera de un niño según la edad” (Enfermera, CESFAM)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Los migrantes venezolanos buscan la especialidad médica para ser atendidos.</li> </ul>	<p>“A veces buscan un pediatra y nosotros nos encargamos del control niño sano entonces los Venezolanos... estaban</p>

		acostumbrados a otras formas de atenderse... pero una vez que comprenden el sistema, todo bien.”(Enfermera, CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta adherencia a la atención de salud preventiva que ofrece el CESFAM.</li> </ul>	“Las mamás venezolanas por lo general son muy responsables con la asistencia a los controles sanos de los niños” (Enfermera, CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los medicamentos no son otorgados por el sistema de salud.</li> <li>Cada persona debe conseguir sus medicamentos de la manera que estime conveniente.</li> <li>Los medicamentos no son de fácil acceso.</li> </ul>	“eh... nos da una receta nosotros vamos a una farmacia si se consigue no hay problema, la compramos, vamos a la casa y ella ya tiene su tratamiento...”(Migrante Venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el sistema de salud había que inscribirse.</li> <li>solo los inscritos tienen acceso a farmacia exclusiva</li> <li>Los medicamentos son otorgados por el sistema de salud.</li> </ul>	“el que iba a una atención pública, que estaban inscritos, iba a la farmacia exclusiva y le daban sus medicinas...”(Migrante venezolano)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Preventivo	Curativo	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas domiciliarias.</li> <li>Educación del funcionamiento del sistema de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de medicamentos a inscritos en el sistema de salud y por medio de farmacias exclusivas.</li> </ul>	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> Control de niño sano en Chile es de carácter universal sin distinción de nacionalidad ni situación migratoria, en el país de origen los controles pediátricos se realizan en instituciones privadas por falta de insumos en la salud pública e ineficiencia de la política pública.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> El control del niño sano permite prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades a lo largo del desarrollo de los niños y niñas; en el país de origen la atención de salud se centra en lo paliativo y curativo según se presente una situación médica.</p> <p><b>Brecha de Cobertura:</b> La atención de la infancia es universal, tienen acceso aquellos niños desde 0 a 10 años en todos los CESFAM del territorio nacional sin costo, mientras que en el país de origen para obtener atención médica se requiere el pago de esta, ya que, la salud pública se encuentra deteriorada.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION VENEZOLANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Morbilidad infantil		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile - Venezuela</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos son exclusivos pediátricos.</li> <li>• La presentación de los medicamentos pediátricos son en gotas.</li> <li>• Los medicamentos no son diluidos según peso y talla del niño o niña.</li> </ul>	“ustedes (Chilenos) son más delicados por lo menos los niños todos en gotas, a los niños no se le da Azitromicina” (Migrante Venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacciones alérgicas a insectos poco habituales en el país de origen.</li> </ul>	“Las picadas, es alérgica a las pulgas, tiene todo el cuerpo marcado y le dio una alergia... tuve que ir al médico” (Migrante Venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención primaria de salud contempla la entrega de medicinas para el tratamiento de las patologías del usuario.</li> </ul>	“Cuando la niña le ha dado gripa la he llevado al CESFAM la han atendido y le entregan su tratamiento, y la citan para hacer seguimiento de su evolución” (Migrante Venezolana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños y niñas migrantes presentan las mismas condiciones de morbilidad que los niños y niñas nacionales.</li> <li>• en invierno las atenciones son principalmente por cuadros respiratorios.</li> <li>• Los niños y niñas presentan asma como la principal enfermedad crónica.</li> </ul>	“...las enfermedades respiratorias producto de una infección, bronquitis, algún catarro, rinitis o las mismas crónicas como el asma que en los niños es la primera” (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las infecciones, las patologías respiratorias y las reacciones cutáneas son frecuentes en niños y niñas.</li> </ul>	“Patología respiratoria, gastrointestinal y de piel, son como las frecuentes, también la infección urinaria va asociada”. (Doctor CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>

<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inexistencia de ciertas especialidades médicas en el sistema de salud.</li> </ul>	“allá no existe especialista kinesiólogo de hecho yo no lo conocía, aquí yo no sé a qué se refiere” (Migrante venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Venta libre de medicamentos.</li> <li>No se requiere receta médica para venta de corticoides tópicos.</li> </ul>	“... un tema que lo veo un poco engorroso por lo menos para la piel, la línea que es de los esteroides o corticoides esos, yo los podía comprar allá sin receta acá todo es con receta”. (Migrante venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>En todos los centro de salud el pediatra atiende a los niños y niñas.</li> <li>No hay atención de enfermera en sustitución de un pediatra.</li> </ul>	“tú vas a emergencia pediátrica... a nivel ambulatorio también hay pediatras te pueden atender al niño”. (Migrante venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministro de medicamentos específico para las patologías diagnosticadas.</li> </ul>	“allá azitromicina para todo y aquí no lo usan” ... (Migrante Venezolano)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Curativo-Paliativo	Urgencia- paliativo	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de medicamentos.</li> <li>Seguimiento de la evolución de la patología.</li> </ul>	Sin acciones complementarias	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> pueden acceder aquellos niños y niñas que lo requieran, las veces que sea necesario; en el país de origen producto de la ineficiente salud pública se dificulta el acceso a atención de morbilidad infantil.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> Se emplean especialistas en salud específicos para la prevención y posterior tratamiento de los niños y niñas, en el País de origen solo el pediatra atiende las necesidades y urgencias de los menores, existiendo carencias en especialidades específicas.</p> <p><b>Brecha de Cobertura:</b> Todos los niños y niñas menores de 18 años inscritos en el CESFAM más cercano son beneficiarios de la atención de morbilidad; en el país de origen.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION VENEZOLANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Programa de inmunización		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile - Venezuela</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro del control niño sano se contempla la inmunización de todos los niños y niñas.</li> <li>Se completa el calendario de inmunización del MINSAL acorde a la edad del niño o niña.</li> </ul>	<p>“Por el control niño sano me colocaron las vacunas, todas las vacunas que ya en Venezuela no llegaban por... y la pusieron al día con sus vacunas todo, o sea por ahí súper oportuna la información”. (Migrante Venezolana)</p>
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los niños y niñas serán vacunados según el calendario de inmunización nacional.</li> <li>Se regularizan las vacunas que correspondan según la edad del niño o niña.</li> <li>Si no se logra acreditar las inmunizaciones en el país de origen se realizará la inmunización nacional completa.</li> </ul>	<p>“si un niño esta con el esquema de vacunas retrasado se van a colocar las vacunas que corresponden a su edad” (Enfermera CESFAM)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las inmunizaciones en el país de origen acreditadas son consideradas.</li> <li>Las vacunas son timbradas en una cartola propiedad de cada niño o niña.</li> </ul>	<p>“lo único que tienen es un papelito que traen ellos con los timbres, que nosotros igual nos basamos... consideramos esas vacunas”. (Enfermera, CESFAM)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los niños y niñas migrantes son vacunados en Chile.</li> <li>Si no hay un registro que acredite las inmunizaciones en el país de origen se repite el proceso.</li> </ul>	<p>“Si no se observa bien si efectivamente tiene todas las vacunas, se realiza el esquema de vacunación completo para los niños menores de 1 año” (Enfermera, CESFAM)</p>
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las vacunas son pagadas y de alto valor monetario.</li> </ul>	<p>“la neumococo... es costosísima en Venezuela y acá se la dan normal”. (Migrante venezolana)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema de salud no cubre las inmunizaciones de niños y niñas.</li> <li>Las inmunizaciones deben ser pagadas.</li> </ul>	“el sistema de salud allá en Venezuela no funciona está muy deteriorado y no hay vacunas allá”. (Migrante venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las vacunas deben ser compradas de manera particular.</li> </ul>	“Para que a los niños los vacunen debes costear tú la vacuna, buscarla pagarla y luego pagar para que el pediatra la suministre” (Migrante venezolana)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Preventivo	Paliativo	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualización del esquema de vacunas en caso necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizan operativos de inmunizaciones en ocasiones.</li> </ul>	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> Todos los niños y niñas tienen garantizadas las inmunizaciones correspondientes según el calendario anual; en el país de origen los niños y niñas no tienen acceso a las inmunizaciones en el sistema de salud público.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> aquellos niños y niñas que no posean las vacunas correspondientes se aplica el esquema de vacunación completo en el caso de los menores de un año, desde esa edad en adelante se realizan las inmunizaciones más importantes con los respectivos refuerzos; en el país de origen no toda la población infantil tiene acceso a las inmunizaciones en el sistema de salud, en ocasiones se realizan operativos de inmunizaciones.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Todos aquellos niños y niñas menores de 18 años son beneficiarios de las inmunizaciones calendarizadas anualmente así como también de las campañas preventivas ante ciertas situaciones; en el país de origen los beneficiarios de las inmunizaciones corresponde a cierta parte de la población infantil que tenga oportunidad económica de adquirir las vacunas.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION VENEZOLANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Morbilidad adulto		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile - Venezuela</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se suministran medicamentos acordes las patologías diagnosticadas.</li> <li>Se informan los efectos secundarios de los medicamentos.</li> </ul>	“yo uso un tratamiento para el trastorno de la ansiedad, porque aquí se me genera la ansiedad y yo tomo unas pastillitas y el doctor dice que nos es bueno por que acelera el alzhéimer” ( Migrante Venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se prioriza la creación de anticuerpos ante determinadas situaciones médicas.</li> <li>Se evita la medicación excesiva.</li> </ul>	“el doctor dice que deja que el cuerpo asimile esa... esa cuestión que tiene y que el cuerpo mismo lo vaya matando” ( Migrante venezolano)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se consideran las patologías de base diagnosticadas en los países de origen.</li> <li>Se ingresan a los controles crónicos.</li> <li>Acceden a los medicamentos para las patologías que presenten.</li> </ul>	“los venezolano algunos vienen ya con el diagnóstico desde allá y uno netamente los ingresa a los controles” (Enfermera, CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se solicita atención médica según patología ya diagnosticada con anterioridad.</li> <li>Conscientes de la patología de base buscan atención médica para su control.</li> </ul>	“venezolanos, vienen a integrarse e incorporarse al sistema de salud por patologías de base que ya tiene, crónicas... (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los migrantes venezolanos poseen una cultura sanitaria similar a la chilena.</li> <li>Se realizan controles básicos de prevención.</li> <li>Utilizan las prestaciones de salud con regularidad.</li> <li>Acceden a las consultas de morbilidad principalmente por resfriados producto de las diferencias climáticas.</li> </ul>	“ellos lo que más consultan... por resfriados (...) algún control preventivo, hacerse algún chequeo médico... son las mismas consultas que cualquier persona de acá del país...” (Enfermera ,CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No practican la medicina preventiva.</li> <li>Al buscar atención médica solicitan ser atendidos directamente por la especialidad médica.</li> </ul>	“ellos tienen otra lógica de salud no está como la prevención ellos van directo a especialidad, entonces ellos buscan que dentro del mismo CESFAM este el pediatra, este el neurólogo” (Enfermera CESFAM)

<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos son de fácil acceso y económicos.</li> <li>• Los exámenes para detectar enfermedades son accesibles a la población.</li> </ul>	“ antes era más factible conseguir la medicina y económica, los tratamientos eran súper económico (...) los estudios para descubrir que por qué eres hipertensos eran económicos” (Migrante Venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso de medicamentos.</li> <li>• Automedicación.</li> <li>• Sistema inmunológico más debilitado.</li> </ul>	“el chileno normalmente, no se enferma, no como nosotros y evitan mucho el consumo de drogas farmacéuticas, esa es la diferencia” (Migrante venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención personalizada.</li> <li>• En las consultas médicas se investiga el posible origen de las patologías</li> <li>• Atención medica amigable y respetuosa basada en la confianza con el profesional de la salud.</li> </ul>	“el medico venezolano te das más atención, te escuchaba incluso te aplicaba un poco de psicología (...) él te investiga para llegar a la raíz del problema que tú tienes” (Migrante venezolano)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Preventivo - curativo	Urgencia - Paliativo	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan acciones preventivas.</li> <li>• Derivaciones a especialidades de ser necesario.</li> </ul>	Si acciones complementarias.	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> pueden acceder a la atención de morbilidad adulto aquellos migrantes que sean beneficiarios de FONASA desde el tramo A; en el país de origen todos pueden acceder a la atención de morbilidad adulto, no obstante, la escasez de insumos dificulta el acceso.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> Se crean campañas preventivas para sectores crónicos de la población y se realizan llamados preventivos para hombre y mujeres en edad adulta joven, en el país de origen se ingresa al sistema de salud ya presentando dolencias de carácter urgente.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Todo adulto tiene cobertura de atención medica generalizada para realizar exámenes preventivos como también soluciones de urgencia, en el país de origen se solicitan horas medicas con especialistas.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION VENEZOLANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Control de embarazo		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile - Venezuela</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizan 3 ecografías durante la gestación en un embarazo normal.</li> </ul>	“la ecografías si como que no la hacen mensual, como que solo la matrona que yo no sé...” ( Migrante Venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizan estudios de laboratorio en diversos periodos de la gestación.</li> </ul>	“ te hacen chequeos de sangre, el examen de glucosa, para determinar estado de salud de ambos” ( Migrante Venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se entrega alimentación especial para las gestantes.</li> </ul>	“ a las embarazadas nos dan una leche especial que es gratis y contiene vitaminas y minerales” (Migrante Venezolana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los controles de las gestantes son periódicos, a medida que avanza el embarazo los controles son cada vez más seguidos.</li> <li>Los controles y su regularidad pueden variar según el desarrollo de la gestación, es decir, en el caso de gestación de alto riesgo.</li> </ul>	“el control generalmente es una vez al mes hasta una cierta cantidad de semanas , después cada tres semanas y después semanalmente ya en la última semana de gestación” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza una ecografía por cada trimestre de gestación.</li> <li>La ecografía de mayor relevancia es aquella que se realiza en el segundo trimestre.</li> <li>La ecografía del primer trimestre es garantizada en el cesfam.</li> </ul>	“ecografías ... las más importantes son tres, una entre las 10 y 14 semanas, la de 22 y 24 semanas, esa sería la más importante y la otra generalmente entre las 32 y 34 semanas” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El embarazo no presenta dificultades en la atención.</li> <li>Culturalmente en el periodo de gestación existe preocupación y responsabilidad.</li> </ul>	“las chicas venezolanas tienen otro sentido y otra preocupación con respecto a la gestación ellas son mucho más metódicas, mucho más responsables” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los exámenes de laboratorio están determinados según tiempo de gestación.</li> </ul>	“ En ocasiones las chicas venezolanas solicitan la realización de exámenes médicos todos los meses de gestación” (Matrona CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		

SUJETOS	Características técnicas	Fragmentos ilustrativos
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible realizar ecografías mensuales.</li> <li>• En la actualidad en la atención pública de salud las ecografías dependen de la disponibilidad de insumos.</li> <li>• En el sistema de salud privado es posible realizar ecografías.</li> </ul>	<p>“Este las ecografías allá te las hacen mensual, pero ahora es muy difícil hacerlas en los hospitales” ( Migrante Venezolana)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los partos en los hospitales públicos no se realizan por escasos de insumos.</li> <li>• se realizan partos en el sistema privado.</li> </ul>	<p>“Los hospitales, o sea tu ibas te atendían un parto o no sé qué... ya a raíz del parto de mi hija era imposible un parto o una cesárea en un sitio público...” (migrante venezolana)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El seguimiento de la gestación se realiza rigurosamente solo en el caso de pagar la atención médica.</li> </ul>	<p>“Antes las atenciones del embarazo eran todos los meses, ahora si quieres chequear como crece el bebe debes pagar” (migrante venezolana)</p>
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Preventivo	Paliativo.	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan talleres educativos para la preparación del embarazo y el parto.</li> <li>• Se realizan visitas domiciliarias.</li> </ul>	Sin acciones complementarias.	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> Todas las mujeres gestantes en territorio chileno; en el país de origen las gestantes ingresan al sistema de salud privado por la falta de acceso y suministros en el sistema público.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> Ejecución de talleres educativos pre y post parto con la finalidad de brindar herramientas durante la gestación, así como también exámenes médicos para determinar el estado de salud materno- perinatal.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Los controles de embarazo apuntan a todas las mujeres gestantes sin importar estatus migratorio; en el país de origen tienen acceso al sistema público según disponibilidad de insumos médicos.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION VENEZOLANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Salud reproductiva y sexual.		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile - Venezuela</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se practica exámenes preventivos de sangre junto al examen ginecológico</li> </ul>	“me practicaron examen ginecológico, el PAP, me lo practicaron y me dieron una orden para los exámenes” (Migrante venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticonceptivos de entrega gratuita en el sistema de salud público.</li> <li>Diversos métodos disponibles, amigables con la lactancia materna.</li> </ul>	“He ido una sola vez, fui porque quería eso que me informaran que medicamento, por que como yo todavía la estoy amamantando , que anticonceptivos podía usar, para mí fue sorpresa que a mí me dijeran no aquí te lo damos gratis” (Migrante Venezolana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres venezolanas solicitan la realización del Papanicolaou con regularidad.</li> <li>El PAP se realiza por recomendación cada tres años en el sistema de salud público.</li> <li>Demanda en la atención del área de salud sexual y reproductiva.</li> </ul>	“el PAP que ellos le dicen la citología que en realidad ese es la técnica que se llama, se lo hacen igual... allá lo hacían una vez al año” (matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de anticoncepción hormonal combinados es alto.</li> <li>Las mujeres Venezolanas presentan interés en la anticoncepción hormonal.</li> </ul>	“tienen más insertado el asunto de la urgencia de querer cuidarse con un método (...) las chicas venezolanas generalmente piden de todo, o sea para ellas es como la chilena...”.(matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La matrona es la encargada de la salud reproductiva de la mujer.</li> <li>Es la encargada de la planificación familiar en el sistema de salud.</li> </ul>	“la matrona generalmente se desempeña en todo lo que es área de salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer” (matrona CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para acceder a anticoncepción</li> </ul>	“Se dificulta el acceso a anticoncepción, se deben comprar y no hay”
	<ul style="list-style-type: none"> <li>previo a la crisis los hospitales públicos realizaban entrega de</li> </ul>	“previo a la crisis, era posible acceder a pastillas anticonceptivas en los hospitales”

	anticoncepción hormonal.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a exámenes preventivos limitados</li> <li>• Anterior a la crisis era de libre acceso el control.</li> </ul>	“Mi hija tiene dos años y desde que nació no pude chequearme en mi país porque hay que pagar y es costoso, antes tenías controles periódicos y podías hacer cita cuando quisieras”( migrante venezolana)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Preventivo	Preventivo	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan campañas preventivas en la salud sexual según rango etario.</li> <li>• entrega de anticoncepción femenina y masculina.</li> </ul>	Sin acciones complementarias	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> En Chile acceden a las prestaciones de salud sexual y reproductiva todas aquellas personas en edad fértil y posterior a esta, en el país de origen al acceso es escaso, se emplea el sistema público para realización de exámenes.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> se realizan campañas preventivas en relación a enfermedades en etapa fértil de la población femenina y masculina, así como test de VIH y entrega de preservativos; en el país de origen se realizan exámenes de manera anual.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Las prestaciones cubren a toda la población del territorio nacional en edad fértil y en la etapa del climaterio en el caso de las mujeres; en el país de origen la cobertura es escasa debido a la crisis, siendo la única opción viables el sistema privado.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION VENEZOLANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Salud oral		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile - Venezuela</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El control niño sano contempla control dental de los niños y niñas desde los 6 meses de vida según el programa CERO.</li> </ul>	“me dieron las recomendaciones y le indicaron el cepillado de sus dientes... básicamente me informaron porque como ella asiste al control del niño sano, me dieron la hora y la llevé...” (Migrante Venezolano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las atenciones odontológicas son con cita previa.</li> <li>En caso de situaciones que impliquen dolor será atendido de urgencia en el transcurso del día, ya sea en la mañana o en su defecto en la tarde.</li> </ul>	“acá es muy lento y te dan cita... te atienden si vas por urgencia... de repente por un dolor o un sangrado...” (Migrante Venezolano)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia acceso a tratamientos dentales previos.</li> <li>Salud oral optima, baja cantidad de caries.</li> <li>escasa pérdida de piezas dentales.</li> <li>Índice bajo de enfermedades periodontales (gingivitis)</li> </ul>	“los venezolanos en general tienen buena salud oral... baja cantidad de caries, bajo índice de enfermedades periodontales... poca pérdida dentaria, acceso a tratamientos dentales” (Odontólogo, CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia al odontólogo periódicamente de manera preventiva.</li> </ul>	“si no tenía alguna molestia, trataba de hacerme limpieza seguido, por lo menos cada tres meses” (Migrante Venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La crisis venezolana impide la importación de insumos odontológicos por lo que se vuelve dificultoso acceder a tratamientos dentales.</li> </ul>	“Recuerdo que antes de salir embarazada ya tenía como un año que no asistía al odontólogo, ni siquiera limpieza, higiene... nada”. (Migrante Venezolana)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención de salud pública no era buena, no habían las condiciones necesarias la mayoría de las veces.</li> <li>• En ocasiones solo se podía acceder a extracciones dentales, mas no tratamientos.</li> </ul>	“allí era más como extracciones, siempre ibas entonces... no, no hay agua o si tenías una molestia lo que hacían era extraerte la muela” (Migrante Venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La higiene bucal de los niños y niñas se realizaba en casa.</li> <li>• Las indicaciones se reciben desde el sistema de salud.</li> </ul>	“Con respecto a los niños... se les limpiaba con agua y bicarbonato la lengua, la encía... se hacía la higiene”. (Migrante Venezolana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención odontológica sin cita previa.</li> <li>• Atención por orden de llegada</li> <li>• Atención ante todo tipo de consulta odontológica, no necesariamente que impliquen dolor.</li> </ul>	“... Con la higiene bucal allá en Venezuela tu ibas y te atendían o sea ese mismo día ibas hacías tu fila y te daban numero para atenderte ese mismo día”. (Migrante Venezolana)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Urgencia	Preventivo - Curativo	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan campañas de prevención para grupos etarios específicos.</li> </ul>	Sin acciones complementarias.	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> se realizan atenciones odontológicas solo para grupos etarios específicos por medio de programas de salud previas, en el país de origen se entrega acceso de manera general y libre para todo público.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> no se realiza una prevención respecto al general de la población, se centran solo en grupos específicos, en el país de origen la prevención se realiza desde el hogar, siendo solo los controles un chequeo general.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> La cobertura es escasa en la población adulta generando un déficit en el cuidado odontológico siendo tratada solamente de manera de urgencia, en el país de origen la cobertura es amplia, cuenta con un sistema sin citas previas y no necesariamente de urgencia.</p>		

- **Haití**

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION HAITIANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Control de salud del niño o niña		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile – Haití.</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las formulas alimentarias especiales no son entregadas en el CESFAM.</li> </ul>	“El bebé bebe tiene 6 meses y toma mucha leche y es cara, es la SIMILAC II y no se la dan en el CESFAM” (Migrante Haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los controles de niño sano están calendarizados.</li> <li>Realizan examen físico para establecer el desarrollo del niño.</li> </ul>	“La atención es buena, hay que llevar al niño a control algunas veces, cuando dan cita, ahí lo miden y pesan para saber cómo está” (Migrante Haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El control niño sano se compone de atenciones de salud de diversos profesionales</li> </ul>	“Algunas veces hay que llevar al niño al doctor y otras a la nutricionista para ver su alimentación como esta” (Migrante Haitiana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resistencia a la lactancia materna y el apego con el bebé.</li> <li>En Chile se fomenta la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.</li> </ul>	“los haitianos tienen esta dificultad con la lactancia materna (...) nosotros fomentamos lo de lactancia” (Trabajadora Social, CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen físico apunta al desarrollo psicomotor del niño según edad.</li> <li>Cada control apunta a evaluar el desarrollo y crecimiento esperado del niño y niña según la calendarización por edad.</li> </ul>	“hacemos un examen físico además de pesarlo, medirlo, medir la circunferencia craneana...” (Enfermera, CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los hábitos alimentarios y de higiene son controlados en beneficio de la salud de los niños y niñas.</li> </ul>	“indagamos en la higiene, en la alimentación, la eliminación para ir conociendo más o menos si se están realizando ciertas acciones en pro de la salud” (Enfermera, CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay programa de alimentación gubernamental</li> </ul>	“A los niños no se les entrega leche” (Migrante haitiana)

<b>migrante</b>	para niños y niñas.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La escasez de insumos médicos y la falta de atención primaria de salud impide la atención de niños y niñas.</li> </ul>	“ A los niños no lo ven médicos allá, son muy caros y los hospitales no tienen nada” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La medicina homeopática es relevante ante la imposibilidad de recibir atención médica.</li> </ul>	“Cuando se enferman los niños se cuidan en las casas, y se da remedios naturales, té o cosas así” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los escasos hospitales se encuentran alejados.</li> <li>Gran mortalidad infantil a causa de la falta de medicamentos.</li> </ul>	“Los hospitales están muy lejos, hay veces que los niños se mueren porque no hay medicinas” (Migrante haitiana)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>		<b>Venezuela</b>
Preventivo - Paliativo		Urgencia
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>		<b>Venezuela</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas domiciliarias</li> <li>Educación sanitaria.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>operativos internacionales de salud.</li> </ul>
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> La atención en el país de origen se limita a ciertos sectores de la población, mientras que en Chile son de carácter universal para la población infantil.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> En el país de origen la prevención de enfermedades en la infancia se encuentra a cargo de operativos internacionales de salud que no cubren a toda la población, mientras que en Chile la prevención en salud proviene desde la atención primaria.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Mientras que la cobertura en Chile corresponde a todos los niños y niñas de 0 a 9 años, en el país de origen la cobertura se determina según el alcance de operativos internacionales de salud.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION HAITIANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Morbilidad infantil		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile – Haití.</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ante cualquier síntoma se recurre a la atención médica.</li> </ul>	“Cuando le pasa algo extraño al bebé lo llevo al CESFAM, se resfría porque acá hace mucho frío” (Migrante haitiana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las causas principales de consultas corresponden a cuadros virales, ya sea respiratorios o digestivos.</li> </ul>	“motivos de consulta, cuadros gripales cuando estamos en invierno y en verano cuadro digestivos” (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las consultas no son preventivas, sino a raíz de una situación de salud en específico.</li> <li>Ante cualquier anomalía desde su perspectiva en la salud acuden al CESFAM.</li> </ul>	“el paciente haitiano viene al CESFAM cuando hay algún signo, es más poli consultante... viene por algún signo raro para ellos...” (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de mal nutrición en niños y niñas hijos de migrantes haitianos</li> <li>La mal nutrición no se presenta como un problema dentro de la salud chilena de niños y niñas.</li> </ul>	“hemos visto niños que están bajo de peso (...) haitianos en general, son los que venían más bajo de peso”. (Doctor CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de patologías poco frecuentes y controladas en Chile como la sarna.</li> </ul>	“casos de patologías que no son tan frecuentes acá como lo son las parasitarias, eso es como lo más habitual, por ejemplo las escabiosas” (Doctor CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se prioriza los remedios caseros.</li> <li>La atención de salud en los hospitales es precaria.</li> </ul>	“Cuando mi hijo se enfermaba en Haití le daba medicamento casero porque en el hospital público se demora mucho tiempo, es muy lento y no hay medicina” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta presencia de enfermedades infecciosas con alto índice de contagio.</li> </ul>	“En Haití hay muchas enfermedades de infecciones respiratorias, meningitis, diarrea cólera, tifoidea” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las condiciones de higiene inciden en las enfermedades</li> </ul>	“ Los niños se enferman siempre de aquí (estomago) porque el agua es mala, les

	contraídas.	da diarrea" (Migrante haitiana)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Curativo	Paliativo	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivaciones a morbilidad</li> <li>• Educación sanitaria</li> </ul>	Sin acciones complementarias	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> el acceso a la atención médica es de carácter universal, garantizada para todos los niños y niñas en territorio nacional, en el país de origen la atención de salud está determinada por el nivel económico y/o disponibilidad de insumos médicos.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> La prevención se desarrolla en post de aminorar la morbilidad infantil en Chile, mientras que no hay presencia de acciones preventivas en Haití con respecto a las patologías que generan morbilidad infantil.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> La cobertura está garantizada para todos los niños y niñas menores de 18 años en Chile, mientras que en el país de origen no es garantía para los niños y niñas.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION HAITIANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Programa de inmunización		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile – Haití.</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las inmunizaciones tienen edades establecidas según el desarrollo y necesidades del niño y niña.</li> </ul>	“cuando llevo al hijo al control le ponen vacunas, no siempre, algunos días si otros no” (Migrante haitiana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las de los niños y niñas se encuentran registradas en un sistema informático en red.</li> <li>Los niños y niñas migrantes poseen una cartola con las inmunizaciones timbradas, sin respaldo informático.</li> </ul>	“nosotros tenemos el RNI que es el registro nacional de inmunizaciones que a todos nuestros pacientes nacidos en Chile están registrados ahí... los pacientes de afuera no tienen ese registro”. (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los niños de padres haitianos nacieron en Chile.</li> <li>Poseen todas las vacunas que ofrece la atención primaria de salud acorde a la edad.</li> </ul>	“hay que tener en consideración que la mayoría de los niños considerados haitiano en realidad son chilenos de padres haitianos... la mayoría son menores de dos años y recién nacidos...” (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las inmunizaciones son establecidas según calendarios anuales.</li> </ul>	“nosotros tenemos un calendario de vacunas emitido por el Ministerio de Salud, que nos basamos en él” (Enfermera CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las inmunizaciones apuntan a contrarrestar epidemias surgidas en determinados periodos.</li> <li>las inmunizaciones corresponden a operativos realizados por la comunidad internacional.</li> </ul>	“Hay vacunación masiva en la capital para los niños para las infecciones” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay hospitales en los sectores rurales.</li> </ul>	“Los niños no pueden recibir sus vacunas porque no hay en el campo”. (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operativos de salud internacionales realizan inmunizaciones.</li> <li>No cubren el total de la población.</li> </ul>	“A veces van los médicos cubanos a ver a los niños del campo pero no alcanza para todos la vacuna” (Migrante haitiana)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las creencias culturales son una barrera en el acceso a la salud.</li> </ul>	<p>“A veces por religión y creencias las madres no dejan vacunar a los hijos, porque algunas son brujas, creen en eso” ” (Migrante haitiana)</p>
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>		<b>Venezuela</b>
Preventivo		Curativo
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>		<b>Venezuela</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de campañas de vacunación según las condiciones sanitarias lo ameriten.</li> </ul>		Sin acciones complementarias
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> Poseen acceso todos los niños nacidos en Chile y aquellos niños migrantes menores de 18 años. En Haití el acceso no se encuentra garantizado por las instituciones de salud.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> El proceso de inmunización en niños y niñas es preventivo ante diversas patologías con la finalidad de controlar y evitar crisis sanitarias. Producto de la escasa prevención en el país de origen se originan crisis sanitarias con brotes de diversas infecciones.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Cobertura universal en Chile, para todos los niños y niñas; mientras que en país de origen la cobertura depende de la cantidad de inmunizaciones disponibles ofrecidas por la comunidad internacional.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION HAITIANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Morbilidad adulto		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile – Haití.</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producto de un síntoma asiste al CESFAM.</li> <li>• Situación que permite pesquisar ciertas patologías.</li> </ul>	“Me resfrié y tuve dolor de cabeza y me chequearon la presión, todo... normal, me atendieron bien”. (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistencia a la atención médica.</li> </ul>	“No me gusta ir al hospital a atenderme, prefiero tomar un té o medicina casero pero voy cuando es mucho malestar” (Migrante haitiano)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culturalmente los haitianos no cuentan con salud preventiva.</li> <li>• El acceso a la salud en Haití es limitado.</li> <li>• Los usuarios haitianos en Chile no adhieren al sistema de salud preventivo.</li> </ul>	“los pacientes de Haití hay que rescatarlos, no tienen tanta adherencia pero también eso lo reconocemos, pero tienen que ver con el tema cultural que tienen allá...” (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ocasiones los migrantes haitianos no tienen conocimiento de padecer ciertas patologías.</li> </ul>	“... generalmente yo los pesquise con hipertensión y yo los derivo al sistema (...) a veces da la impresión que no saben que tienen cierta patología...” (Enfermera CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuden al centro de salud al momento de presentar una dolencia o enfermedad.</li> <li>• no se acercan al CESFAM a solicitar chequeo preventivo.</li> </ul>	“no se acercan a hacerse algún chequeo preventivo, generalmente vienen por alguna dolencia algún malestar o algún cuadro respiratorio”. (Enfermera CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina curativa</li> <li>• No contemplan la medicina preventiva.</li> </ul>	“no tienen estos controles preventivos que nosotros realizamos (...) ellos se enferman y buscan atención...” (Enfermera, CESFAM)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención primaria de salud es expedita.</li> <li>• Demoras en la atención de usuarios.</li> </ul>	“En el hospital público se demora mucho tiempo, es muy lento” (Migrante haitiana)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante la presencia de algún síntoma anormal se acude a la atención de salud.</li> <li>• los controles preventivos no son considerados importantes.</li> </ul>	“En Haití no es tan importante la prevención, uno va cuando está enfermo” ( Migrante haitiana)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos escasos, sustituidos por remedios caseros.</li> <li>• Deficiente salud pública que impide la atención adecuada.</li> </ul>	“Cuando estaba enferma en Haití me bebía los remedios caseros, me hacía un té (...) No iba al médico porque allá es muy caro muy caro y no hay medicamentos... la salud pública es un caos... gente haciendo fila, por todos lados” (Migrante haitiana)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenciones médicas pagadas en hospitales privados de alto costo.</li> </ul>	“Algunos doctores hacen los exámenes pero hay que pagar, lo público no es bueno, hay poca salud” (Migrante haitiana)
<b>Niveles de intervención en salud</b>	
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>
Curativo	Paliativo
<b>Acciones complementarias</b>	
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan acciones preventivas.</li> <li>• Derivaciones a especialidades de ser necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operativos internacionales de salud.</li> </ul>
<b>Brechas</b>	
<p><b>Brecha de acceso:</b> Las atenciones de morbilidad adulto son realizadas a través de la atención primaria de salud a través de los CESFAM. En Haití es posible acceder a atención de morbilidad, no obstante existe escasez de insumos y recurso humano en los hospitales públicos, situación que dificulta el acceso a controles de salud.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> En Chile se realizan acciones preventivas como pesquisas a través de exámenes médicos para determinar la derivación morbilidad ante patologías de carácter crónico así como campañas de educación sanitaria. En el país de origen no se toman medidas de prevención ante patologías o situaciones que requieran atención de morbido.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> pueden acceder a la atención de morbilidad adulto aquellos migrantes que sean beneficiarios de FONASA desde el tramo A. En Haití la morbilidad no cubre al total de la población, solo a aquellos que se encuentran cercanos a hospitales públicos y aquellos que tengan</p>	

capacidad de pago.

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION HAITIANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Control de embarazo		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile – Haití.</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizan exámenes médicos con la finalidad de controlar la salud materno-fetal.</li> </ul>	“Acá hacen muchos exámenes cuando estas embarazada, es mucho y hacen ecografías y te sacan sangre” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia a las prestaciones médicas en los controles de la gestación.</li> <li>Acceso a educación de cuidados pre y post natal.</li> </ul>	“Me atiendo y hago todo los controles porque me dicen que es importante, también participo de talleres para embarazadas, ahí nos enseñan” (Migrante haitiana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por normativa ministerial, las embarazadas deben iniciar el control de embarazo previo a las 14 semanas de gestación.</li> <li>Las embarazadas haitianas no comprenden la importancia del seguimiento de la gestación y la realización de los primeros controles médicos.</li> </ul>	“una chica tiene que entrar antes de las catorce semanas para controlar su embarazo les cuesta mucho comprender el asunto de que ¡tienen! Que controlarse” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Culturalmente, no comprenden el proceso de control de la gestación chileno.</li> <li>Poca conciencia de la importancia de los controles periódicos.</li> <li>Fastidio a los exámenes de laboratorio que permiten controlar patologías que pueden surgir en la gestación.</li> </ul>	“les abrume completamente que tengan que pincharse tres veces en la gestación para tomarse exámenes de sangre, pero me preguntan ¿pero para que tanto?” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El idioma no impide la participación en los talleres prenatales que se imparten en los CESFAM.</li> <li>La educación de los cuidados prenatales como post natales generan mayor adherencia y</li> </ul>	“con respecto a la educación... atienden más a la educación pese a que tienen barrera idiomática” (Matrona CESFAM)

	participación	
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la atención de salud primaria haitiana la gestación no es controlada con rigurosidad.</li> <li>Los partos son mayoritariamente en los hogares de cada gestante.</li> <li>Los partos no son medicalizados.</li> </ul>	“... la chica haitiana en su país generalmente tiene derecho a uno dos controles, los partos si son hospitalarios pero no tienen una adhesión tan importante” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las gestantes no reciben los adecuados controles médicos para determinar el estado de salud en el desarrollo del embarazo.</li> <li>La realización de ecografías no es frecuente, por lo tanto no se determina a través de ultrasonido el correcto desarrollo del bebé.</li> </ul>	“Una mujer embarazada no tiene las vacunas, cuando se da a luz recién se sabe si es niño o niña, porque no hay plata para ecografía” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La gestación eta poco ligada a controles médicos.</li> <li>Las ecografías son costosas y el acceso a ellas es bajo.</li> </ul>	“Las mujeres embarazadas no tienen seguimiento de sus embarazos, no se pueden hacer ecografías... habría que pagar y eso es un lujo” (Migrante haitiana)
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>		<b>Venezuela</b>
Preventivo		Urgencia
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>		<b>Venezuela</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Talleres educativos pre y post natal.</li> </ul>		Sin acciones complementarias.
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> acceso universal en Chile a atenciones a través del CESFAM a todas las gestantes. En el país de origen no hay acceso a atención y seguimiento médico en el embarazo.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> En Chile se ofrecen controles periódicos, exámenes y ecografías para determinar posibles complicaciones en el proceso de gestación, mientras que en país de origen no hay seguimiento de los embarazos.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Todas las embarazadas tienen acceso al control de la gestación en Chile, sin importar nacionalidad ni situación migratoria. En Haití las mujeres embarazadas no poseen</p>		

cobertura de atención.

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION HAITIANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Salud reproductiva y sexual.		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile – Haití.</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de anticonceptivos a la llegada al país.</li> <li>• Uso de implante anticonceptivo subdérmico.</li> </ul>	“Cuando llegamos acá fuimos al CESFAM para que le pusieran un implante en el brazo, anticonceptivo” ( Migrante haitiano)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a los controles ginecológicos y asistencia ante cualquier sintomatología extraña.</li> </ul>	“Voy a la matrona siempre, a todos los controles y casi siempre cuando siento dolor” (Migrante haitiana)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de anticoncepción hormonal.</li> <li>• Postergación de la maternidad.</li> </ul>	“(…) acá yo uso el DIU... me lo puse en el CESFAM porque no quiero tener más hijos, pero hay mujeres que no les gusta cuidarse con nada” (Migrante haitiana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso mayoritario de inyección trimestral</li> <li>• Las pastillas anticonceptivas no son la opción preferida.</li> <li>• Uso de preservativo.</li> </ul>	“el método de mayor preferencia que tienen, antes que pastillas, le gusta mucho la inyección trimestral (...) y el otro preservativo” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se incentiva desde el primer contacto de la mujer con el CESFAM a acceder a controles preventivos de carácter ginecológicos.</li> <li>• Se realizan exámenes ginecológicos preventivos.</li> </ul>	“si viene una chica a inscribirse especialmente las haitianas al tiro se le ofrece darle hora para matrona y realizar el examen preventivo del adulto, donde se le incluyen VDRL que sirve para detectar sífilis (...) el PAP, según la edad si le corresponde o no mamografía” (Matrona CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las mujeres haitianas no consideran de relevancia el uso de métodos anticonceptivos.</li> <li>• Utilizan métodos naturales y creencias populares y preservativos.</li> </ul>	“las chicas haitianas generalmente tienden a no priorizar ese tipo de atención (...) tienden a cuidarse o con métodos naturales o no convencionales y con preservativos más que otra cosa” (Matrona CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		

SUJETOS	Características técnicas	Fragmentos ilustrativos
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los centros de salud de la OMS ofrecen operativos que contemplan examen citológico.</li> <li>El acceso a la realización del examen del PAP en el servicio de atención primaria no está garantizado a toda la población.</li> </ul>	<p>“el PAP está pero no es tan abierto como acá... salvo los centro que están encargados por la OMS, por América solidaria donde ahí promueven mucho” (Matrona CESFAM)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres se resisten al uso de anticonceptivos.</li> <li>Culturalmente la mujer debe tener hijos.</li> </ul>	<p>“Si se entregan anticonceptivos pero a veces la gente no quiere recibirlo” (Migrante haitiana)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres de zonas rurales no tienen acceso a la anticoncepción.</li> <li>La tasa de embarazos es alta.</li> </ul>	<p>“ (...) Allá no iba a la matrona, todo es caro, no hay medicamentos, no dan anticonceptivos para las mujeres del campo, nada... por eso es que paren bebés así a cada rato porque no dan nada” (Migrante haitiana)</p>
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
Preventivo - Paliativo	Urgencia	
<b>Acciones complementarias</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de muestras médicas.</li> <li>Entrega de anticoncepción hormonal.</li> <li>Educación sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de anticoncepción hormonal y preservativos.</li> </ul>	
<b>Brechas</b>		
<p><b>Brecha de acceso:</b> La atención primaria de salud a través de los CESFAM promueve el acceso a métodos anticonceptivos y preservativos así como prevenir enfermedades de transmisión sexual. En el país de origen no se realiza la entrega de anticoncepción hormonal y preservativos es escasa.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> Realización de talleres de educación sexual en Chile que incentiva el uso de métodos anticonceptivos y realización de exámenes preventivos. En Haití no se realiza educación sexual y la anticoncepción no es de acceso universal a través de la salud de atención primaria.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> De carácter universal para toda aquella población que desee adquirir anticoncepción. En el país de origen la salud reproductiva no es universal.</p>		

<b>FICHA DE TRABAJO SISTEMATIZACION ATENCIÓN DE SALUD MIGRACION HAITIANA</b>		
<b>Situación de Salud:</b> Atención Salud oral		
Países de Comparación de datos sanitarios de relevancia: <b>Chile – Haití.</b>		
<b>Condiciones de atención sanitaria de Chile</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>POBLACION MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las embarazadas tienen acceso a atención bucal en el periodo de gestación.</li> </ul>	“Cuando estaba embarazada tuve que ir al dentista, tenía caries y ahí me arreglaron los dientes” (Migrante haitiana)
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de un grupo de haitianos con buena salud oral y otra en condiciones no óptimas.</li> </ul>	“tienen una segregación social dentro del mismo grupo de haitianos, hay algunos que llegan en muy buen estado y otros que llegan en un estado paupérrimo” (Odontólogo CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>presencia de enfermedades periodontales.</li> <li>perdida dentaria.</li> <li>Caries.</li> <li>Movilidad dentaria.</li> </ul>	“los peores en los índices son los haitianos porque tienen mucha pérdida dentaria, tienen muchas caries, muchas enfermedades periodontales, mucho sarro, movilidad dentaria y mucha pérdida que es lo más importante” (Odontólogo CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las embarazadas presentan índices negativos en salud oral.</li> <li>una vez ingresadas en la atención primaria adhieren al programa.</li> </ul>	“las embarazadas haitianas sobre todo que son las que tienen como peores índices de salud han ido bien... han adscrito” (Odontólogo CESFAM)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los niños son ingresados a los 6 meses de edad al control odontológico.</li> <li>tienen seguimiento periódico de la salud oral.</li> </ul>	“los niños migrantes bien porque con las estrategias del Ministerio, el programa CERO, hacemos el ingreso a los seis meses” (Odontólogo CESFAM)
<b>Condiciones de Atención sanitaria en país de origen</b>		
<b>SUJETOS</b>	<b>Características técnicas</b>	<b>Fragmentos ilustrativos</b>
<b>Población migrante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La atención oral es costosa.</li> <li>No hay prestaciones dentales en los hospitales.</li> </ul>	“ en Haití no iba al dentista, es muy caro, es casi imposible”
<b>Niveles de intervención en salud</b>		
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>	

Urgencia -- Paliativo	Paliativo
<b>Acciones complementarias</b>	
<b>Chile</b>	<b>Venezuela</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos x según corresponda</li> <li>• Tratamiento dental.</li> </ul>	Sin acciones complementarias.
<b>Brechas</b>	
<p><b>Brecha de acceso:</b> Pueden acceder a atención dental a través de las atenciones en los CESFAM ante situaciones de urgencias. No hay acceso en Haití a atención dental en los establecimientos de salud pública.</p> <p><b>Brecha prevención:</b> En Chile se realizan campañas preventivas de salud bucal para fomentar el cuidado e higiene bucal. En Haití no hay prevención con respecto a la atención bucal.</p> <p><b>Brecha de cobertura:</b> Pueden acceder a prestaciones de salud bucal todos los niños y niñas menores de 18 años, embarazadas y adultos que se encuentren afiliados a FONASA. En el país de origen la salud pública a raíz de la escasez de insumos no cubre la salud bucal.</p>	

## *Capítulo V*

# *Análisis de Resultados*

En el siguiente capítulo se desarrollara un análisis integrado de los resultados obtenidos del proceso de levantamiento de información a través de entrevistas semiestructuradas, los análisis se organizaran acorde a los cuatro grupos que responden a los objetivos específicos de la sistematización.

### **1) Identificar las situaciones de salud en el Programa Nacional de Salud de la Infancia para niños y niñas migrantes en la atención primaria de Salud.**

El Programa Nacional de la Salud de la Infancia busca contribuir a la salud, reduciendo la mortalidad y morbilidad de niños y niñas menores de 10 años, además del desarrollo integral de estos en el contexto familiar a través del fomento de la protección, prevención, recuperación de la salud y la rehabilitación que permitan impulsar la calidad de vida y la plena expresión de su potencial biopsicosocial a través del fortalecimiento de la atención de salud oportuna, expedita y continua; promoviendo hábitos saludables y disminuyendo los factores de riesgo en la salud de niños y niñas de la red de salud pública. Según los resultados obtenidos, a continuación se analizaran las principales prestaciones de salud para niños y niñas migrantes.

#### **a) Control de salud del niño o niña**

##### Desde experiencias profesionales

El control de salud es una actividad dirigida a promover la salud del niño y la niña en forma integral y detectar precoz u oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse. A través de la supervisión de salud integral, se espera además acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo integral de la población infantil.

Los niños y niñas son sujetos de derechos, lo cual, se estipula en La Convención de los Derechos Humanos, dicho tratado contempla una serie de derechos a los que todo niño y niña pueden acceder con la finalidad de vivir y desarrollarse plenamente. En relación a la primera infancia que contempla desde los 0 a 8 años de edad, se establece la importancia en que niños y niñas sean respetados como personas de derecho propio y en el ejercicio de sus derechos se establece que tienen necesidades específicas en materias de cuidado físico como en la atención emocional.

Para que estos derechos sean realidad, los Estados que han suscrito esta Convención, como hiciera Chile en 1990, están obligados a revisar sus leyes, políticas y programas a fin de que ellas favorezcan el pleno cumplimiento de los derechos para cada niño y niña, sin discriminación de ningún tipo.

Acorde a lo anterior y con el fin de proteger y garantizar el acceso de salud a la población infantil, los adultos responsables deben acercarse al centro de salud familiar más próximo al domicilio a realizar la inscripción en la institución con el R.U.T o en su defecto el número de pasaporte, se les asigna un número de ficha médica y se otorgan las citas médicas según el área de salud correspondiente.

*“El primer paso es que ellos lleguen a la OIRS, se inscriben y se pueden inscribir si tiene DNI, pasaporte, si es que ya tienen Rut Chileno, se inscriben dependiendo de las edad, la administrativa de OIRS discrimina y ve si lo corresponde un E.M.P.A, un P.A.P, el E.F.A.M y ahí son derivados a SOME para que le den las prestaciones ahí en SOME te dan las citaciones donde se les indican en un.... Carnet de control y después tienen que venir a sus atenciones y además en OIRS cuando se inscriben se le otorga la cita para el taller de nuevos inscritos que te induccionan.”*  
(Trabajadora Social ,CESFAM)

Ante esta situación, el acceso a la atención de salud es un derecho garantizado en la legislación chilena, la cual, establece que sin distinción de nacionalidad ni situación migratoria todos los niños y niñas que se encuentren en territorio nacional tendrán acceso a las mismas prestaciones que aquellos niños y niñas nacionales.

La atención de niños y niñas comienza desde la gestación, sin embargo el control de salud del niño o niña se inicia desde el momento de nacimiento a través del control de salud infantil en la atención primaria de salud y continua durante la edad escolar. Cada control de salud posee evaluaciones específicas dependiendo de cada etapa del desarrollo en que se encuentre el niño o niña, por lo tanto, al ingresar un niño migrante la evaluación

profesional responderá a la situación anterior, cada control pretende evaluar el desarrollo motor, cognitivo y socio afectivo.

*“Cuando ingresa un niño migrante se le realiza lo mismo que un niño nacido en Chile, los mismos controles acorde a su edad.”(Enfermera, CESFAM)*

La continuidad del proceso de atención permite desarrollar un vínculo entre la familia, el niño o la niña y el equipo de salud. El seguimiento continuo facilita el desarrollo de un plan de trabajo dinámico, flexible y acorde con las necesidades de cada familia, en el que es posible priorizar, ejecutar y evaluar en forma periódica las dificultades, aprendizajes y logros.

Las familias son unidades cambiantes y dinámicas y cada encuentro con el equipo de salud debe considerar el momento que la familia está viviendo y vincularlo a los encuentros anteriores. El control del niño y la niña tiene una estructura que es transversal durante el ciclo, que incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico e indicaciones.

Dentro de la anamnesis se debe considerar que el contexto familiar en el que el niño o la niña viven es determinante de su salud, un ambiente desfavorable puede enlentecer el ritmo del desarrollo, restringiendo la capacidad de aprendizaje.

*“hacemos una anamnesis de... todos los antecedentes de salud del paciente, por ejemplo si ha tenido alguna enfermedad o en este último tiempo como ha estado la salud del paciente, además... una anamnesis de las red es de apoyo, por ejemplo, con quien vive, sus padres, cuidadores principales, si los padres están juntos... y después nos vamos a las necesidades básicas de salud y alimentación...” (Enfermera, CESFAM)*

El desarrollo infantil es un proceso de cambios continuos, sucesivos y progresivos que experimenta el individuo durante su crecimiento, en el que confluyen y se interrelacionan factores biológicos, ambientales y sociales. Este proceso se caracteriza por la adquisición de una identidad física, psicológica y social que equilibre las necesidades del niño o la niña con las del contexto social y ambiental en que está inserto.

Bajo esta lógica, la anamnesis también contempla recabar información en relación a los cuidados sanitarios adecuados que debe poseer el adulto responsable del niño o niña con la finalidad de monitorear posibles factores de riesgo que incidan en la salud y de esta manera educar con respecto a los cuidados sanitarios de así requerirlo.

*“indagamos en la higiene, en la alimentación, la eliminación para ir conociendo más o menos si se están realizando ciertas acciones en pro de la salud esto según la edad porque por cada edad se requieren ciertas actividades que tiene que tener la mamá” (Enfermera, CESFAM)*

Con relación al examen físico que se desarrolla de manera transversal en el control de salud del niño o niña, la observación de los niños entrega importante información respecto de su estado de salud, crecimiento y nutrición, el examen físico corresponde a la observación y evaluación integral oftalmológicas, neurológicas, bucodental, genitoanal entre otras que permitan detectar a tiempo ciertas patologías y generar un diagnóstico para el posible tratamiento.

*“... le hacemos un examen físico para ver si el crecimiento está teniendo un patrón normal en relación a lo que se espera de un niño según la edad además de pesarlo, medirlo, medir la circunferencia craneana...” (Enfermera, CESFAM)*

El examen físico debe tener concordancia con la edad del niño o niña, los puntos claves a examinar en cada control y la edad en que corresponde cada

evaluación física se encuentran descritos en la norma de programa de salud de la infancia, por lo tanto se realiza a todos los niños y niñas en territorio nacional por igual.

#### Desde la experiencia de migrantes internacionales

Desde el punto de vista de los migrantes internacionales venezolanos el sistema de salud de atención primaria en relación a las prestaciones médicas para niños y niñas a través del control de salud del niño han respondido a sus expectativas y a los derechos en salud con los que cuentan los niños y niñas en territorio nacional, a diferencia de las atenciones médicas a las que logran acceder en el país de origen. Además consideran la información entregada con respecto a los derechos a los que pueden acceder oportuna.

*“...bien porque desde el primer momento te dicen... la niña tiene absolutamente todo los derechos... desde un principio me la quisieron registrar, fue al control de niño sano” (Migrante venezolana)*

Producto de las diferencias existentes entre el sistema de salud del país de origen de las personas migrantes con el sistema de salud público, en específico en la atención primaria se generan ciertas confusiones e incomprensiones por parte de los usuarios en relación a las funciones que cumple cada centro de salud así como también el rol que cumple cada profesional dentro de estos, la falta de educación con respecto al funcionamiento del sistema de salud genera incomprensión con respecto a la salud preventiva que se implementa en el país.

*“hay algo que a mí me hace mucho ruido que es que en el CESFAM cuando ellos tienen el control mensual lo hace la enfermera, no los ve un pediatra...”(Migrante venezolana)*

El control de salud del niño o niña, según normativa es realizado por un equipo médico compuesto por diversas especialidades médicas,

mayoritariamente los controles son realizados por enfermeras, no obstante, según calendarización establecida existe controles médicos realizados por médicos de familia, nutricionistas, odontólogos, quienes monitorean el desarrollo del niño o niña desde una perspectiva integral.

*“A veces buscan un pediatra y nosotros nos encargamos del control niño sano entonces los Venezolanos... estaban acostumbrados a otras formas de atenderse... pero una vez que comprenden el sistema, todo bien.”(Enfermera, CESFAM)*

Desde el punto de vista de los migrantes internacionales haitianos la atención de salud que se ofrece a niños y niñas en la atención primaria de salud es óptima, si bien no comprenden en su totalidad los procesos y controles médicos realizados adhieren a las prestaciones ofrecidas y responden de manera positiva al sistema de salud.

*“La atención es buena, hay que llevar al niño a control algunas veces, cuando dan cita, ahí lo miden y pesan para saber cómo está” (Migrante Haitiana)*

La principal dificultad de las migrantes internacionales haitianas corresponde a la lactancia materna, si bien responde a un comportamiento cultural la escasa práctica de la lactancia materna debido a la nula educación con respecto a la importancia de esta en el país de origen, no obstante, dentro del control de salud del niño o niña se fomenta, por lo tanto se incentiva a realizar esta práctica, además de realizar educación a las madres en relación a este proceso de alimentación y vínculo entre la madre y el hijo o hija.

*“los haitianos tienen esta dificultad con la lactancia materna (...) nosotros*

*fomentamos lo de lactancia” (Trabajadora Social, CESFAM)*

La lactancia materna para las mujeres haitianas se traduce en una dificultad producto de los mitos populares que plantea que una mujer en estado de desnutrición no puede amamantar, ante esta situación los niños y niñas hijos de madre haitiana principalmente consumen sucedáneos de leche materna, la cual, es donada por países extranjeros, ante lo cual, organismos como UNICEF y OMS han realizado un llamado a no realizar esta práctica y apoyar la alimentación adecuada de lactantes, ya que, la lactancia materna puede suponer la posibilidad de evitar la desnutrición e infecciones producto del uso del agua. Sin embargo las migrantes haitianas en Chile continúan con la práctica de utilizar alimentación en fórmula pediátrica, eliminando la lactancia materna.

El sistema de atención primaria en Chile al favorecer la lactancia materna exclusiva, no realiza la entrega de alimentación en fórmula maternizada para lactantes que no lo requieran, es decir, todos los niños reciben alimentación complementaria, sin embargo las fórmulas pediátricas solo son entregadas a aquellos lactantes que hayan nacido prematuros. Con la finalidad de fomentar la asistencia a los controles médicos, la entrega de leche normal se realiza siempre que los controles de salud del niño o niña estén al día.

#### Análisis transversal

El sistema de atención primaria de salud chileno en relación al control de salud de los niños y niñas ofrece prestaciones a los migrantes internacionales, las cuales, no pueden optar en sus países de origen, situación que plantea la reeducación con este grupo de personas en el caso de haitianos, que apuntan a equiparar las condiciones en relación a los niños y niñas nacionales.

Las condiciones humanitarias en Haití dificultan el libre acceso a las atenciones de salud de niños y niñas desencadenando en una alta mortalidad infantil producto de las grandes distancias entre los hogares y los hospitales impidiendo el acceso a las atenciones médicas. Además los tratamientos no siempre son gratuitos, por lo tanto en ocasiones no se vuelve opción la atención sanitaria. Por otra parte hay una gran escasez de

pediatras, quienes han migrado debido a la inestabilidad política y la falta de seguridad en Haití, sumado a esto se encuentra el escaso acceso a medicinas convencionales.

Lo anterior se traduce en a constante educación y recordatorio por arte de los y las profesionales de salud a las mujeres migrantes haitianas con la finalidad de incorporarlas al sistema y generar adherencia al sistema de salud en beneficio y resguardo de los derechos humanos de los niños y niñas

*“ A los niños no lo ven médicos allá, son muy caros y los hospitales no tienen nada, están muy lejos, hay veces que los niños se mueren porque no hay medicinas...Cuando se enferman los niños se cuidan en las casas, y se da remedios naturales, té o cosas así” (Migrante haitiana)*

En el caso de los inmigrantes venezolanos, la situación política en la que se encuentra dicho país no permite el acceso a prestaciones de salud en el sistema público, si bien previo a la crisis política la salud pública funcionaba y ofrecía prestaciones similares a las que es posible acceder en el sistema chileno, en la actualidad la escases de insumos médicos y medicamentos dificultan la atención de salud, es posible obtener medicamentos a través del mercado no establecido por valores elevados fuera del alcance de la población, mientras que las atenciones de salud se desarrollan principalmente en establecimientos privados, situación que contrasta con la experiencia vivenciada en Chile.

*“eh... nos da una receta nosotros vamos a una farmacia si se consigue no hay problema, la compramos, vamos a la casa y ella ya tiene su tratamiento...”(Migrante Venezolano)*

## **b) Morbilidad Infantil**

Desde las experiencias profesionales

Los niños y niñas en la atención primaria de salud pueden acceder a las consultas de morbilidad, la cuales, corresponden a la atención del profesional de salud a un paciente que lo requiera, las consultas responden principalmente a infecciones respiratorias agudas, enfermedades pulmonares, así como también a enfermedades gastrointestinales y todas aquellas enfermedades que se producen en un espacio y tiempo determinado afectado a una cantidad de individuos considerados enfermos.

Una vez inscritos los usuarios migrantes en el CESFAM más cercano a su domicilio poseen la libertad de acceder a las prestaciones en los momentos que el estado de salud de los niños y niñas lo requieran; no obstante, es posible establecer que la población haitiana ante cualquier síntoma que considere extraño al habitual recurre al sistema de atención primaria, solicita la atención ante cualquier síntoma, sin discriminar entre la urgencia, esta situación es comprendida desde la perspectiva al acceso eficiente que poseen al sistema de salud en el territorio nacional.

*“el paciente haitiano viene al CESFAM cuando hay algún signo, es más poli consultante... viene por algún signo raro para ellos...” (Enfermera CESFAM)*

Los profesionales de salud en atención primaria han podido establecer las deficiencias alimentarias que presentan los niños y niñas, situación que predomina en la población haitiana, según la OPS la desnutrición en Haití ha disminuido en los últimos años producto de esfuerzos internacionales a través de ONG y la creación de programas de asistencia social, sin embargo, los esfuerzos nos son suficientes para alcanzar las cifras bajas de otros países de la región.

*“hemos visto niños que están bajo de peso (...) haitianos en general, son los que venían más bajo de peso”. (Doctor CESFAM)*

La brecha idiomática afecta directamente a los niños, niñas y recién nacidos, ya que, las madres al no comprender las instrucciones de cuidado y de

alimentación, producen desnutrición y otras patologías que derivan de la incompreensión idiomática, ya que no se comprende o se mal interpreta el uso de la formula alimenticia o sucedáneo de leche.

Si bien se destaca que los niños y niñas hijos de haitianos y haitianas poseen la nacionalidad chilena, las educación sanitaria que poseen los padres responden a aquella que culturalmente han adquirido en su país de origen, el nivel de educación de la madre y la malnutrición tienen una estrecha correlación, sumado a las condiciones de vulnerabilidad en la que viven una vez llegados en Chile, situación que incide en el estado de salud y nutricional de niños y niñas.

Dentro de las patologías que más requieren atención en mórbido se encuentran las enfermedades respiratorias, las cuales predominan mayoritariamente en invierno producto de las condiciones climáticas, considerando que en este caso lo migrantes internacionales provienen de países con características tropicales,

El clima propio de Chile también generan atenciones de morbilidad, los niños y niñas presentan cuadros febriles por el sobre abrigo, si bien se educa a las madres con respecto a la cantidad de prendas de ropa a utilizar, la sensación térmica de las madres produce un aumento de ropa recomendad a usar para los niños o niñas.

Las enfermedades respiratorias desde siempre han tenido gran preponderancia en las atención de morbilidad, años atrás a causa de la pulmonía y neumonía se presentaban grandes índices de mortalidad, situación que a través del tiempo mejoró producto del manejo de las insuficiencias respiratorias. En la actualidad la influenza y el neumococo siguen siendo importantes, sin embargo, la instauración de programas de vacunas, los avances científicos y la atención primaria en Salud a través del MINSAL han contribuido a cambiar el panorama con respecto a la neumonía disminuyendo considerablemente la mortalidad por infecciones respiratorias.

*“motivos de consulta, cuadros gripales cuando estamos en invierno y en verano cuadro digestivos” (Enfermera CESFAM)*

Además las patologías con mayor morbilidad durante el verano corresponden a infecciones gastrointestinales, situación que es indistinta tanto para niños y niñas migrantes como a la población chilena, dichas infecciones gastrointestinales causan dolor abdominal, vómitos y diarrea y se producen por origen alimenticio, si bien las infecciones gastrointestinales son comunes en atención primaria no son severas, la mayoría son auto limitadas y se resuelven en pocos días sin generar mayores complicaciones en el estado de salud de niños y niñas.

No obstante a lo anterior, existen patologías que han sido motivos de morbilidad entre los niños y niñas migrantes que no eran latente dentro de los niños y niñas chilenas, como las patologías parasitarias, las cuales, han resurgido y se han vuelto frecuentes.

*“casos de patologías que no son tan frecuentes acá como lo son las parasitarias, eso es como lo más habitual, por ejemplo las escabiosas”*  
(Doctor CESFAM)

La sarna es más prevalente en niños, sin embargo una escaso porcentaje de población chilena la posee, situación que ha cambiado con la llegada de la población migrante internacional, la escabiosis es un problema de salud pública que afecta principalmente a países en vías de desarrollo y es transmitida principalmente por contacto directo de persona a persona.

#### Desde la experiencia de migrantes internacionales

Desde la experiencia de los migrantes internacionales venezolanos, la medicina enfocada a los niños y niñas es considerada minuciosa con respecto a los suministro de medicamentos, los cuales, son de exclusivo uso pediátrico, no se suministra fármacos prescritos para adultos, sino un específico acorde al peso y talla del niño o niña, situación poco habitual en Venezuela.

*“ustedes (Chilenos) son más delicados por lo menos los niños todos en*

*gotas, a los niños no se le da Azitromicina” (Migrante Venezolano)*

La morbilidad infantil asegura a niños y niñas el acceso a la atención primaria, además de obtener tratamiento médico si así se requiere, la atención primaria de salud a través del CESFAM hace entrega de los medicamentos recetados por el profesional de salud para tratar la patología de morbilidad diagnosticada, de ser necesario y según la evaluación del profesional de salud se agenda cita médica con la finalidad de monitorear la evolución del estado de salud del niño o niñas como media preventiva.

*“Cuando la niña le ha dado gripa la he llevado al CESFAM la han atendido y le entregan su tratamiento, y la citan para hacer seguimiento de su evolución” (Migrante Venezolana)*

Las consultas de morbilidad de los niños y niñas migrantes presentan un variación en relación a las consultas de los niños y niñas nacionales, se han incorporado las atenciones médicas producto de afecciones a la piel así como a las picaduras de insectos propios del país que causan reacciones alérgicas, si bien, dichas picaduras no corresponden a un gran riesgo para la salud de los niños y niñas las atenciones de morbilidad por temas relacionados aumentan, ya que, no son insectos que sean reconocidos en el país de origen de los niños y niñas migrantes venezolanos, situaciones que se agudizan con la resequedad de la piel producto del clima y el efecto que causa el agua y sus componente en la piel.

*“Las picadas, es alérgica a las pulgas, tiene todo el cuerpo marcado y le dio una alergia... tuve que ir al médico” (Migrante Venezolana)*

Desde el punto de vista de los migrantes internacionales haitianos la morbilidad infantil es esencial, ya que responde a las situaciones que consideran de emergencia, los síntomas de resfrío son los más consultados por los padres haitianos de niños y niñas

*“Cuando le pasa algo extraño al bebé lo llevo al CESFAM, se resfría porque acá hace mucho frío” (Migrante haitiana)*

Situación que es posible explicar en el acceso que poseen a las prestaciones de salud en atención primaria, situación que se dificulta en el país de origen producto de diversos factores sociales, culturales y económicos, si bien la educación sanitaria en el país de origen no es la óptima, sumado a la inaccesibilidad de la atención en salud por la escases de recintos hospitalarios y profesionales de salud, ven como una opción optima la atención de morbilidad.

#### Análisis trasversal

Las situaciones políticas y económicas de los países de origen de los migrantes internacionales dificultan el acceso a la atención de las patologías de morbilidad, tal situación se debe a la escasez de centros de salud como de insumos médicos y medicamentos, lo cual, obliga a recurrir a la medicina alternativa, consumiendo diversos tipos de té y hierbas que palean los síntomas que pueden presentar los niños y niñas.

*“Cuando mi hijo se enfermaba en Haití le daba medicamento casero porque en el hospital público se demora mucho tiempo, es muy lento y no hay medicina” (Migrante haitiana)*

Las enfermedades infecciosas tienen un gran índice, son producto mayoritariamente por los escasos tratamientos químicos de aguas así como la errónea manipulación de estas, la educación sanitaria juega un punto importante.

*“En Haití hay muchas enfermedades de infecciones respiratorias, meningitis, diarrea cólera, tifoidea” (Migrante haitiana)*

En el caso de la situación que se vivencia en Venezuela discrepa de la organización de los centros de salud en Chile, situación que para los inmigrantes venezolanos genera cierta confusión, puesto que, al requerir cierta especialidad médica dentro de los CESFAM se dan cuenta que para lograr dicha atención se requiere ser derivado por interconsultas, situación que no ocurre en su país de origen, en Venezuela a nivel de atención primaria los niños son atendidos por pediatras, mientras que en Chile generalmente por médicos de familia o enfermeras.

*“tú vas a emergencia pediátrica... a nivel ambulatorio también hay pediatras te pueden atender al niño”. (Migrante venezolano)*

Otro punto a destacar es que en Chile a diferencia en Venezuela existe una gran restricción con respecto a la venta libre de cierto medicamentos, existe una clasificación para determinar en qué tipo de establecimientos se pueden vender, lo cual, dista de la situación en Venezuela, si bien la crisis ha impedido el acceso a los medicamentos de todo tipo, previo a esta era posible acceder a los medicamentos que cada cual estipulase necesario.

*“... un tema que lo veo un poco engorroso por lo menos para la piel, la línea que es de los esteroides o corticoides esos, yo los podía comprar allá sin receta acá todo es con receta”. (Migrante venezolana)*

### **c) Inmunización infantil**

#### Desde la política de salud y experiencias profesionales

Las vacunas son productos biológicos que contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular. Esto produce un efecto de memoria inmunológica en la persona que recibió la vacuna, logrando que cuando se vea enfrentada a la infección verdadera pueda activar rápidamente sus defensas en contra de la infección. El Plan Nacional de Inmunizaciones (PNI) es un beneficio universal, gratuito, que corresponde a la categoría de bien público nacional que está destinado a prevenir la morbilidad, discapacidad y la mortalidad por enfermedades

transmisibles posibles de prevenir a través de las vacunas, siendo beneficiarios toda la población en territorio nacional a lo largo del ciclo vital.

Las vacunas incluidas en el PNI son obligatorias para la población establecida en el programa, lo cual, emana del artículo 32º del Código Sanitario, (DFL N° 725 de 1967) que establece expresamente: “El Servicio Nacional de Salud tendrá a su cargo la vacunación de los habitantes contra las enfermedades transmisibles.” el cual es definido por el Ministerio de Salud (Art. 1 DFL 1/05 Minsal), el que garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud en atención primaria y en este caso a las vacunas, por esta razón es fundamental que los profesionales de la salud que realizan la supervisión de salud fomenten la vacunación de todos los niños y niñas y puedan explicar a las familias sobre los beneficios que ellas tienen, tanto a nivel individual como a nivel poblacional, la importancia de la obligatoriedad se explica con la intención de conseguir el efecto inmunidad de grupo, es decir, la protección de una determinada población ante una infección debido a un elevado porcentaje de personas vacunadas.

Siguiendo lo anterior es que las inmunizaciones en la infancia así como también a lo largo de todo el ciclo vital de las personas que se encuentren dentro del territorio chileno, cuentan con un registro en línea, en el cual, se deja registro de las inmunizaciones realizadas a cada niño o niña que se encuentre en el territorio nacional y esté inscrito en el CESFAM más cercano a su domicilio.

El Registro Nacional de Inmunizaciones, RNI permite registrar las vacunas ya sean de campaña o las programadas de los establecimientos públicos.

*“nosotros tenemos el RNI que es el registro nacional de inmunizaciones que a todos nuestros pacientes nacidos en Chile están registrados ahí... los pacientes de afuera no tienen ese registro”. (Enfermera CESFAM)*

Dicho registro permite mantener un registro de cada producto aplicado y cada persona inmunizada, ya sea en las vacunas programadas anuales como las campañas preventivas tanto del sistema público de salud como el privado. El registro lo realiza el profesional de salud que vacuna al paciente ingresando RUT, número de pasaporte u documento asociado además de

dejar constancia de la vacuna administrada. Además es posible determinar a través del RNI la cobertura, inasistencia, rechazos de vacuna entre otras, manteniendo un gran registro de las vacunas en el territorio nacional.

Las vacunas son programadas a través de un calendario, el cual, corresponde a una serie cronológica en que se determina la administración de las vacunas, dicho calendario establece la edad de los niños o niñas y la vacuna que se debe suministrar. El calendario de vacunación respondiendo al ciclo vital se divide en vacunación del lactante, de escolar y del adulto, este último se divide en las mujeres embarazadas y adulto mayor.

*“nosotros tenemos un calendario de vacunas emitido por el Ministerio de Salud, que nos basamos en él” (Enfermera CESFAM)*

El calendario de vacunas garantiza la prevención y el control de las enfermedades infectocontagiosas y en el caso de los niños y niñas migrantes internacionales que ingresan a la atención primaria de salud, tienen derecho a ser vacunados y completar el esquema de vacunación si este no se encuentra completo en el momento de la inscripción en el CESFAM más cercano a su domicilio.

*“si un niño esta con el esquema de vacunas retrasado se van a colocar las vacunas que corresponden a su edad” (Enfermera CESFAM)*

Las obligaciones contraídas por Chile ante organismos internacionales específicamente con la Convención de los Derechos del Niño que en el artículo 24 establece que los estados partes deben garantizar para que los niños no sean privados del derecho de disfrutar del más alto nivel de salud posible, lo cual implica la protección contra enfermedades inmunoprevenibles.

Los niños y niñas migrantes internacionales en algunos casos al momento de ser inscritos en el CESFAM no poseen un documento en donde se encuentran timbradas las vacunas puestas en el país de origen por lo tanto

se considera como no vacunado, en el caso contrario y el usuario cuente con un carnet de vacunación, estas son consideradas válidas.

*“lo único que tienen es un papelito que traen ellos con los timbres, que nosotros igual nos basamos... consideramos esas vacunas”. (Enfermera, CESFAM)*

En caso que el documento en que se encuentran timbradas las vacunas suministradas en el país de origen no sea legible o no se puede determinar con certeza la información plasmada en dicho documento, ya sea por deterioro o no poseen dicho documento al momento de hacer ingreso a la atención primaria de salud, las fechas de vacunación son re- agendadas, se vacunan los niños y niñas según la edad, estimando la ausencia de ciertas vacunas y con posterioridad se vacunan con los refuerzos correspondientes.

*“Si no se observa bien si efectivamente tiene todas las vacunas, se realiza el esquema de vacunación completo para los niños menores de 1 año”  
(Enfermera, CESFAM)*

El programa nacional de inmunizaciones contempla la situación de niños y niñas migrantes internacionales, por lo tanto, elabora un instructivo para los profesionales de salud en donde se establece el procedimiento a seguir en caso de poner al día el calendario de vacunas. Se debe considerar un intervalo de tiempo mínimo para administrar dosis seguidas de una misma vacuna, para cada vacuna se consideran intervalos diferentes y en ocasiones se pueden administrar más de una vacuna al mismo tiempo mas no los refuerzos de estas.

### Desde la experiencia de migrantes internacionales

En el caso de la migración internacional venezolana, generalmente se da con el núcleo familiar, por lo tanto, hacen ingreso al país niños y niñas que

mayoritariamente se encuentran dentro de la primera infancia, es en este grupo de migrantes en donde con mayor frecuencia se debe completar el esquema de vacunación. La situación política y social que vive Venezuela dificulta el acceso a las vacunas, no tan solo a las que apuntan a enfermedades infectocontagiosas, sino también a aquellas básicas reconocidas por la comunidad internacional, producto de la escases de insumos y la disminución de laboratorios y farmacias.

*“Por el control niño sano me colocaron las vacunas, todas las vacunas que ya en Venezuela no llegaban por... y la pusieron al día con sus vacunas todo, o sea por ahí súper oportuna la información”. (Migrante Venezolana)*

Los migrantes internacionales haitianos generalmente migran de manera individual y forman familia una vez en Chile entre su misma comunidad, la natalidad de niños chilenos de padres haitianos aumentó en los últimos años, por tal razón, los niños y niñas a nacer poseen aquellas vacunas destinadas al recién nacido y tienen acceso permanente al calendario de inmunización establecido por el ministerio de salud a través del control del niño, por lo tanto, desde este punto, los niños y niñas al nacer son chilenos y poseen acceso a los diversos programas y política públicas de salud.

*“hay que tener en consideración que la mayoría de los niños considerados haitiano en realidad son chilenos de padres haitianos... la mayoría son menores de dos años y recién nacidos...” (Enfermera CESFAM)*

Producto de la escasa educación sanitaria que poseen los migrantes internacionales haitianos resulta abrumador e incomprensible el hecho de acceder a las prestaciones de salud y tener controles médicos de manera periódica y establecida según el carnet de salud del niño o niña. Tal situación deriva de la escases de atenciones médicas en Haití, por lo tanto las costumbres propias de la cultura juegan un rol fundamental, no obstante, una vez que es posible superar la barrera idiomática, y lograr la comunicación

entre médico y usuario, las madres haitianas con mayor preponderancia, comprenden el sistema de salud y el proceso de vacunación y cumplen lo establecido.

### Análisis transversal

Con la finalidad de prevenir enfermedades ya controladas en la población infantil chilena se realiza la inmunización de niños y niñas extranjeras con la finalidad de equiparar condiciones de salud entre todos los niños del territorio nacional sin distinción alguna.

Con la obligatoriedad de las vacunas se busca generar el efecto rebaño, definida como la protección a un determinado grupo de la población ante una infección debido al gran porcentaje de personas vacunadas. ( MINSAL) de esta manera cuando una persona contagiosa ingresa al país el número de inmunes es elevado y la probabilidad de contagio disminuye bloqueando la propagación del virus.

Esta situación contrasta con el sistema de inmunización de los países de origen de los migrantes, en el caso de los venezolanos, si bien poseen un calendario de inmunizaciones que se encuentra establecido en el Programa Nacional de atención integral del niño, niña y adolescente (1999) el acceso a estas se ve limitada producto de la escases de vacunas lo que se genera como consecuencia del deterioro del sistema de salud, el calendario de inmunizaciones venezolano, el cual , abarca hasta los nueve años de edad, al compararlo con el chileno presenta grandes similitudes en aquellas dosis esenciales según la comunidad internacional, sin embargo, el acceso es limitado y favorece principalmente a aquellos que poseen poder adquisitivo y a aquellas personas que poseen el “carnet de la patria”, personas de escasos recursos que apoyan el gobierno actual de Venezuela, por lo tanto, un gran porcentaje de la población no recibe cobertura de salud, en este caso vacunas.

“el sistema de salud allá en Venezuela no funciona está muy deteriorado y no hay vacunas allá”. (Migrante venezolana)

Las farmacéuticas existentes en Venezuela posterior a la agudización de la crisis se han ido del país generando desabastecimiento, según reportes de la OMS Venezuela carece de vacunas contra la influenza y cifras oficiales respecto a la salud son desconocidos por la colectividad internacional.

Por lo tanto, a diferencia del sistema de salud chileno y la garantía de obtener las inmunizaciones, en Venezuela para poder ser vacunados, estas deben ser costeadas de manera particular, si es que se llegase a encontrar la vacuna requerida en algún centro de salud, situación que se dificulta producto de la crisis política, económica y social que sufre en país.

*“Para que a los niños los vacunen debes costear tú la vacuna, buscarla pagarla y luego pagar para que el pediatra la suministre... la neumococo... es costosísima en Venezuela y acá se la dan normal”  
(Migrante venezolana)*

El caso de los hijos de inmigrantes haitianos dentro del territorio nacional tienen acceso al esquema de vacunas desde su nacimiento, ya que, gran porcentaje de niños y niñas son chilenos, por lo tanto, nacen y crecen dentro del sistema de atención primaria, sin embargo, es posible establecer cierta diferencia con los migrantes venezolanos, los primeros no posee educación sanitaria, lo que se traduce en que si bien tienen acceso los niños y niñas a las vacunas en Chile se debe realizar un proceso de educación en relación al tema, e incentivar la importancia de desarrollar el proceso de manera adecuada, ya que, culturalmente y por las condiciones económicas del Haití no toda la población cuenta con la cobertura de las inmunizaciones como garantía del Estado producto de las condiciones económicas del país.

*“Los niños no pueden recibir sus vacunas porque no hay en el campo, a veces van los médicos cubanos a ver a los niños del campo pero no alcanza para todos la vacuna. (Migrante haitiana)*

En Haití la gran mayoría de la población depende el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), sin embargo una minoría de personas que residen en la capital tienen acceso a una gama más amplia de vacunas, los beneficios de las inmunizaciones no llegan todos los niños y niñas por igual, aquellos que nacen a las afueras de las ciudades principales quedan fuera del beneficio. Si bien las inmunizaciones se practican en la mayoría de las instituciones sanitarias presentes en Haití, las instituciones que mayores servicios ofrecen no corresponden a instituciones públicas. Si bien gracias a la ayuda internacional se han obtenido ciertos logros con respecto a la vacunación contra infecciones inmunoprevenibles existe una gran diferencia en el acceso a las vacunas, la cobertura de estas están fuertemente influenciada por la zona de residencia siendo las poblaciones más pobres aquellos que con mayor frecuencia no reciben inmunizaciones ya que viven fuera de las zonas metropolitanas y los servicios de salud son muy limitados y no poseen cobertura fuera de zonas urbanas.

## **2) Caracterizar las prestaciones de salud que ofrece el Programa Nacional de Salud de la Mujer en atención primaria para mujeres migrantes.**

Con respecto a la mujer, siendo la principal responsable de la reproducción biológica, es aquella que presenta la mayor parte de problemas en relación al proceso reproductivo, entre ellos es posible mencionar complicaciones en el embarazo y parto; uso de métodos anticonceptivos; vulnerabilidad ante infecciones del tracto reproductivo en especial infecciones de transmisión sexual.

Los problemas que presentan las mujeres, en su mayoría son evitables, de esta manera el énfasis en relación a las acciones de salud se centran dentro de la atención primaria en la prevención, promoción y la integralidad, dando respuesta a las necesidades que surgen a lo largo del ciclo vital de las mujeres.

### **a) Salud sexual y reproductiva**

#### Desde experiencias profesionales

Los profesionales de salud a través de la salud sexual y reproductiva contribuyen al desarrollo físico social y mental de la mujer en todas las

etapas del ciclo vital femenino desde una perspectiva que englobe los aspectos relacionados a la salud propia de la mujer, en donde se contemple la promoción, prevención, recuperación y auto cuidado de la salud.

La organización de los diversos niveles de atención busca asegurar de forma eficiente la cobertura con capacidad resolutoria; en el caso de la atención primaria de salud en relación a la salud sexual y reproductiva se pretende lograr el máximo de cobertura a la atención de procesos biológicos que presenten ciertos riesgos durante el ciclo vital a través de equipos multidisciplinarios, siendo la matrona o matrn los principales encarados de efectuar controles y consultas, así como también fomentar y promover el autodiagnóstico de situaciones de riesgo que al ser detectadas a tiempo disminuye los riesgos asociados y permitiendo derivaciones a niveles de atención especializados.

*“la matrona generalmente se desempeña en todo lo que es área de salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer”  
(matrona CESFAM)*

La matrona o matrn realiza consejería en salud sexual y reproductiva, en donde mediante la atención individual proporciona información clara y oportuna que permita informar y orientar a cerca de la planificación familiar ya sea a la prevención de los embarazos no deseados a través de la orientación sobre métodos anticonceptivos, lo cual, contempla la educación con respecto al correcto uso de estos, la eficacia, mecanismos de control, contraindicaciones y efectos secundarios. A través de la orientación básica la población recibe la información y ayuda necesaria para decidir el uso de la planificación familiar y escoger de manera informada en método más conveniente.

La atención ginecológica se proporciona a la población femenina durante todo el ciclo vital, se enfoca en realizar acciones que permitan la detección y protección a tiempo de ciertas anomalías, por tal motivo se realizan exámenes físicos, examen de mamas además de enseñar la autoexploración de mamas con la finalidad de detectar de manera prematura cualquier sino anómalo que indique riesgo en la salud de la mujer. En el caso de la

prevención del cáncer cervicouterino, se realiza examen de citología que corresponde a la toma de muestra cervical para el examen Papanicolaou (PAP).

*“...control de planificación familiar que es gestión y administración de los anticonceptivos tanto para hombres como para mujeres, el control ginecológico que se focaliza más que nada en lo que es la prevención del cáncer de mama, de cáncer cervico-uterino (matrona CESFAM)”*

Las matronas y matrones dentro de su desempeño laboral como profesionales de la salud y en el área de sexualidad y reproducción se encuentran capacitados para la solicitud de exámenes que apunten a detectar infecciones de transmisión sexual, principalmente test de Elisa que permite detectar el VIH así como exámenes de VDRL o RPR que apuntan al detección del sífilis además de exámenes complementarios, específicos de laboratorio así como también educar con respecto a la prevención de ITS y VIH/SIDA. Mientras que la atención con respecto al climaterio se enfoca en mujeres entre 50 a 64 años en donde se realizan exámenes físicos y ginecológicos además de educar en relación a los síntomas más frecuentes de este periodo.

*“se pueden pesquisar infecciones de transmisión sexual también...eh...mmm... el control de climaterio que se focaliza en las mujeres que están en estado de climaterio-menopausia cierto ...”*  
(Matrona CESFAM)

### Desde la experiencia de migrantes internacionales

Desde la experiencia de las mujeres migrantes venezolanas el acceso a las prestaciones médicas que apuntan a la salud reproductiva y sexual han sido satisfactorias al momento de solicitar las prestaciones y tomar conocimiento de la gratuidad de estas.

*“He ido una sola vez, fui porque quería eso que me informaran que medicamento, por que como yo todavía la estoy amamantando , que anticonceptivos podía usar, para mí fue sorpresa que a mí me dijeran no aquí te lo damos gratis” (Migrante Venezolana)*

La migrante venezolana mantiene un alto conocimiento y preocupación por la salud reproductiva y sexual, por lo cual, una vez en Chile busca obtener orientación con respecto a las prestaciones que puede optar tanto los controles ginecológicos de rutina correspondientes como el acceso a métodos anticonceptivos.

*“tienen más insertado el asunto de la urgencia de querer cuidarse con un método (...) las chicas venezolanas generalmente piden de todo, o sea para ellas es como la chilena...”.(matrona CESFAM)*

A las mujeres migrantes un vez inscritas en el CESFAM más cercano a su domicilio se le realizan exámenes ginecológicos, los cuales, permiten determinar la salud reproductiva de las mujeres, así como también la realización de exámenes de sangre que permitan determinar la presencia o ausencia de alguna enfermedad de transmisión sexual, con la finalidad de activar protocolos y realizar derivaciones a centro de salud de mayor complejidad para el tratamiento necesario.

*“me practicaron examen ginecológico, el PAP, me lo practicaron y me dieron una orden para los exámenes” (Migrante venezolana)*

Existen diferencias en las terminologías con respecto a ciertos procedimientos médicos, no obstante no representan una dificultad al momento de solicitar o recibir las prestaciones médicas, no obstante, en el caso del examen de Papanicolaou, la atención primaria de salud lo realiza de manera gratuita cada 3 años.

*“el PAP que ellos le dicen la citología que en realidad ese es la técnica que se llama, se lo hacen igual... allá lo hacían una vez al año” (matrona CESFAM)*

En el caso de las mujeres haitianas al momento de inscribirse en el CESFAM se gestionan de manera inmediata las citas médicas a la matrona con la finalidad de controlar la salud reproductiva de las mujeres ofrecer los diversos métodos anticonceptivos así como también realizar exámenes preventivos que permitan detectar de manera precoz cualquier anomalía si así fuese el caso.

*“si viene una chica a inscribirse especialmente las haitianas al tiro se le ofrece darle hora para matrona y realizar el examen preventivo del adulto, donde se le incluyen VDRL que sirve para detectar sífilis (...) el PAP, según la edad si le corresponde o no mamografía” (Matrona CESFAM)*

Si bien existe un porcentaje de ellas que no recurren a tratamientos hormonales ni controles periódicos con la matrona, situación que es posible explicar a través de sus creencias culturales y la escasez de educación sexual, a la llega a Chile y una vez conociendo el sistema de atención primaria de salud acuden a solicitar las diversas prestaciones.

*“Cuando llegamos acá fuimos al CESFAM para que le pusieran un implante en el brazo, anticonceptivo” ( Migrante haitiano)*

Al momento de familiarizarse las mujeres haitianas con el sistema de salud y las prestaciones a las cuales tienen derecho a acceder, es posible que decidan previa asesoría el método anticonceptivo que más les acomoda utilizar, de manera informada y aclarada cualquier duda que puede surgir las mujeres haitianas reciben el tratamiento de anticoncepción, sin embargo, dicha situación no ocurre en todos los casos.

*“(...) acá yo uso el DIU... me lo puse en el CESFAM porque no quiero tener más hijos, pero hay mujeres que no les gusta cuidarse con nada”  
(Migrante haitiana)*

Si bien culturalmente las mujeres haitianas no priorizan la anticoncepción, ya que, desde su perspectiva, las mujeres deben gestar y tener hijos, aquellas mujeres que si desean planificar la maternidad recurren a métodos anticonceptivos naturales o poco convencionales debido a la dificultad de acceder a tratamientos hormonales tradicionales.

*“las chicas haitianas generalmente tienden a no priorizar ese tipo de atención (...) tienden a cuidarse o con métodos naturales o no convencionales y con preservativos más que otra cosa” (Matrona CESFAM)*

No obstante lo anterior, dentro de los métodos anticonceptivos de mayor preferencia que tienen las mujeres haitianas en Chile corresponde principalmente a la inyección trimestral, la cual, les aporta mayor libertad, puesto que la aplicación de la inyección se realiza cada tres meses además el uso del preservativo también posee una gran demanda.

*“el método de mayor preferencia que tienen, antes que pastillas, le gusta mucho la inyección trimestral (...) y el otro preservativo” (Matrona CESFAM)*

### Análisis trasversal

La atención integral de salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural

A diferencia de las políticas públicas que permiten en Chile acceder a la anticoncepción hormonal y de la mano a la planificación familiar, las mujeres haitianas en su país de origen al no tener acceso expedito y seguro a estas prestaciones, presentan altos índices en VIH principalmente, situación que se agrava, puesto que, la prevención en relación al tema no es preponderante para la población, mas no para la comunidad internacional, quienes son producto de las condiciones económicas del país son quienes han liderado las prestaciones médicas en todo ámbito.

*“ (...) Allá no iba a la matrona, todo es caro, no hay medicamentos, no dan anticonceptivos para las mujeres del campo, nada... por eso es que paren bebés así a cada rato porque no dan nada” (Migrante haitiana)*

En relación a los exámenes preventivos que están garantizados en la atención primaria e salud en Chile como el PAP, no son de acceso expedito en Haití, no todas las mujeres pueden acceder a la realización de este, las campañas preventivas son realizadas por entidades internacionales que se realizan operativos de salud, ya que, las condiciones económicas sociales y políticas impiden que dichos servicios sea ofrecidos desde la política pública del país de origen, por lo tanto la cobertura de aquellos operativos no está garantizada para el total de la población femenina, principalmente son realizados en la capital, mientras que la gran mayoría de la población vive de la agricultura, por lo tanto, gran cantidad de población se centra fuera de la capital y las principales ciudades, impidiendo el acceso a las prestaciones de ayuda humanitaria en relación a medicina preventiva de reproducción y sexualidad.

*“el PAP está pero no es tan abierto como acá... salvo los centro que están encargados por la OMS, por América solidaria donde ahí promueven mucho” (Matrona CESFAM)*

Situación similar ocurre con la entrega de anticonceptivos hormonales que se realiza a través de organismos internacionales que prestan atención sanitaria en Haití, las mujeres que pueden acceder a la anticoncepción no utilizan el

tratamiento debido a la escasa educación sexual y reproductiva, además de responder a ciertos patrones culturales y creencias propias, las mujeres haitianas que llegan a Chile, la gran mayoría ya son madres en su país de origen, sin embargo no mantienen un control con respecto al tracto reproductivo femenino, optando a esta opción al momento de ingresar al país e inscribiéndose en el CESFAM.

*“Si se entregan anticonceptivos pero a veces la gente no quiere recibirlo”  
(Migrante haitiana)*

En relación a la situación en Venezuela, previo a la agudización de la crisis política y social, el acceso a la anticoncepción hormonal se hacía de manera efectiva, el sistema de salud venezolano realizaba la entrega de estos métodos a la población, no obstante, estos se obtenían principalmente a través de la compra en farmacias. Las prestaciones a las que pueden acceder las mujeres en Venezuela se encuentran establecidas en la norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, si bien, las mujeres venezolanas poseen educación sexual y reproductiva, situación que permite la búsqueda de anticoncepción y métodos que permitan regular la planificación familiar se dificulta.

*“previo a la crisis, era posible acceder a pastillas anticonceptivas en los hospitales” (migrante venezolana)*

Producto de la crisis aguda, las prestaciones de salud más básicas han sido pospuestas, se dificulta el acceso a la anticoncepción y deben ser comprados fuera de centros farmacéuticos, situación que se dificulta, puesto que no hay acceso a los anticonceptivos de otra manera, deben ser comprados por en el mercado negro a precios excesivos, por otro lado los controles con matronas o ginecólogos deben ser pospuesto producto del elevado costo que implica asistir a control médico, ya que , los hospitales o centros de salud pública no

cuentan con los insumos necesarios para realizar exámenes preventivos de citología.

*“Mi hija tiene dos años y desde que nació no pude chequearme en mi país porque hay que pagar y es costoso, antes tenías controles periódicos y podías hacer cita cuando quisieras” (migrante venezolana)*

Según informes de la Alta Comisionada para los Derechos humanos de la ONU Michelle Bachelet, El desabastecimiento de métodos anticonceptivos en algunas localidades de Venezuela alcanza el 100%, situación que obliga a aquellas mujeres que poseen ciertas condiciones económicas que viven cerca de la frontera con Colombia a acercarse a centros de salud solicitando métodos anticonceptivos como el implante subdérmico, el cual presenta beneficios, ya que, posee una duración de cinco años.

Producto de las condiciones políticas y económicas del país la planificación familiar se ve en gran crisis, ya que, las mujeres demandan cada vez más método de anticoncepción, sin embargo, la escasez de estos desencadena en embarazos no deseados, los cuales no poseen controles pre natales garantizados, las mujeres en Venezuela tienen dos opciones, buscar asistencia médica pre natal o buscar métodos abortivos; La prevención se ve impedida por el ineficiente acceso a estos.

## **b) Control de Embarazo**

### Desde la política de salud y experiencias profesionales

La migración ha aumentado en los últimos años, sin embargo, aun o existen políticas públicas migratorias multisectoriales que respondan a este fenómeno, por lo tanto, se dificulta garantizar el derecho a la salud especialmente en este caso a las mujeres embarazadas y en el puerperio, si bien Chile ha dado grandes pasos en relación a la salud materno infantil que beneficia a toda la población en territorio nacional, cuando no se habla el mismo idioma se dificulta el proceso y educación en relación a lo que promueve la prevención en salud, generar apego, los cuidados posparto y alimentación, considerados cuidados básicos.

La política pública chilena, establece los parámetros del control de embarazo, en el cual, se declara la cantidad de controles gestacionales que una embarazada debe realizarse durante el periodo, los cuales, van variando y conforme al transcurso de las semanas de gestación los controles se realizan con mayor frecuencia con la finalidad de monitorear el estado de salud de la madre y el niño o niña por nacer.

*“el control generalmente es una vez al mes hasta una cierta cantidad de semanas , después cada tres semanas y después semanalmente ya en la última semana de gestación” (Matrona CESFAM)*

Dentro de las prestaciones a las gestantes y los controles médicos se encuentran las ecografías, según la política pública, se establecen las principales ecografías que deben realizarse las embarazadas, dichas fechas o periodos en los que se deben realizar se encuentran establecidas según estándares internacionales como la OMS, las ecografías responden a semanas de gestación claves en donde se debe monitorear el estado y crecimiento del feto con la finalidad de detectar a tiempo posibles contratiempos o patologías; Las embarazadas de alto riesgo se realizaran ecografías según el estado de salud lo amerite, pudiendo así ser más de tres.

*“ecografías ... las más importantes son tres, una entre las 10 y 14 semanas, la de 22 y 24 semanas, esa sería la más importante y la otra generalmente entre las 32 y 34 semanas” (Matrona CESFAM)*

Al ser la atención primaria de salud preventiva, los controles gestacionales responden a prevenir ciertas complicaciones en la gestación, detectarlas a tiempo y derivarlas a centros de complejidad si es el caso, mientras lo anterior no se presente, los controles gestacionales y los correspondientes exámenes preventivos de sangre son realizados según calendarización en las semanas de gestación establecidos a nivel de política de salud, por lo tanto los exámenes nos e realizan de manera mensual, sino en las semanas claves para el feto, a no ser que el embarazo sea de alto riesgo, situación que en un comienzo se vuelve incomprensible por las migrantes

internacionales venezolanas quienes poseen un sistema de control de embarazo distinto al chileno.

*“En ocasiones las chicas venezolanas solicitan la realización de exámenes médicos todos los meses de gestación” (Matrona CESFAM)*

Con respecto a las mujeres venezolanas, poseen otro sentido con respecto a la gestación, por lo tanto, la adherencia y cuidados con respecto a la gestación es evidente, acuden a los controles gestacionales y los respectivos exámenes médicos así como a las ecografías.

*“las chicas venezolanas tienen otro sentido y otra preocupación con respecto a la gestación ellas son mucho más metódicas, mucho más responsables” (Matrona CESFAM)*

Con respecto a lo anterior, las mujeres venezolanas informan y solicitan atención médica cuando se encuentran en periodo de gestación, situación que dista de las mujeres haitianas, quienes al no poseer culturalmente control gestacional no acuden al CESFAM al momento de sospechar o confirmar embarazo, situación que se contrapone a lo establecido en las normas chilenas, en donde los embarazos deben ser infirmados y controlados antes de las 14 semanas de gestación, lo cual coincide con la fecha de la realización de la primera ecografía, informar previo a estas semanas de gestación permite monitorear e embarazo y realizar los controles pertinentes para el desarrollo óptimo de la gestación.

*“una chica tiene que entrar antes de las catorce semanas para controlar su embarazo les cuesta mucho comprender el asunto de que ¡tienen! Que controlarse” (Matrona CESFAM)*

Las mujeres haitianas y en concordancia a lo mencionado anteriormente presentan mayor dificultad al proceso de control gestacional, los controles y exámenes médicos los consideran invasivos, sin comprender en su totalidad la importancia de monitorear la gestación con el objetivo de prevenir

cualquier dificultad en el proceso así como también detectar cualquier signo o síntoma que ponga en riesgo al feto como a la madre.

*“les abrumba completamente que tengan que pincharse tres veces en la gestación para tomarse exámenes de sangre, pero me preguntan ¿pero para que tanto?” (Matrona CESFAM)*

Sin embargo, y ante lo analizado con anterioridad, es posible determinar que las mujeres haitianas pese a la diferencia idiomática y la dificultad que esto genera en el proceso de comunicación entre profesional de salud y ellas, las mujeres adhieren a los talleres educativos pre natales, así como también en algunos casos a los controles gestacionales, si bien, no comprenden la necesidad de realizar ecografías, controles y exámenes de sangre tantas veces en el periodo de gestación, acceden y realizan las acciones que se le solicitan por parte de los profesionales de la salud.

*“con respecto a la educación... atienden más a la educación pese a que tienen barrera idiomática” (Matrona CESFAM)*

Sin embargo lo anterior, la brecha idiomática es fundamental en el control maternal de las mujeres haitianas en nuestro país, situación que pone en riesgo la salud de ella y la de su hijo, la escases de traductores en los recintos de atención primaria de salud dificulta la relación que debiese entablar la mujer migrante con el equipo médico, muchas veces tal situación impide el acceso a un parto respetado y expone a las mujeres a violencia obstétrica, ya que, la escasa comunicación dificulta determinar la forma en que quieren parir o si necesitan la presencia de algún familiar o dar autorización para algún procedimiento relacionado con el parto respetado.

Muchas mujeres haitianas al momento de parir presentan complicaciones, debido a la escases de controles médicos previos, si bien estos se encuentran garantizados para todas las mujeres migrantes cual se el estatus migratorio, el miedo a ser deportadas, la imposibilidad de ser atendidas por la barrera idiomática y por un tema cultural, no asisten al control prenatal.

Desde la experiencia de migrantes internacionales

La norma técnica del control de embarazo establece que a las mujeres gestantes se les deben realizar exámenes de laboratorios cada tres meses durante el desarrollo de embarazo con la finalidad de monitorear el estado de salud de la madre y que pueda influir en el estado de salud del feto.

*“te hacen chequeos de sangre, el examen de glucosa, para determinar estado de salud de ambos” ( Migrante Venezolana)*

La atención primaria de salud establece que los controles de embarazos que se desarrollen de manera normal serán controlados por matronas, y las ecografías se realizarán tres veces en el período de gestación siendo la de mayor importancia aquella que se realiza entre las semanas 22 y 24 de gestación, dicha ecografía es imprescindible, mientras que la primera y última pueden no realizarse, sin embargo, si la gestación es de alto riesgo la atención médica la realiza un ginecólogo en un centro de especialidades de la red de salud pública, mientras que en el caso de las ecografías, de requerirlo se desarrollan tres o más, situación que se contrasta con la experiencia de las mujeres venezolanas, puesto que, en el país de origen los controles gestacionales son realizados por ginecólogos mientras que el monitoreo del gestante a través de ecografías se realiza de manera mensual.

*“la ecografías si como que no la hacen mensual, como que solo la matrona que yo no sé...” ( Migrante Venezolana)*

Todas las embarazadas tienen acceso al programa alimentario para embarazadas, en donde son beneficiarias de recibir leche especial para ellas que apunta a fortalecer la gestación a través de minerales y vitaminas que se requieren en la gestación.

*“a las embarazadas nos dan una leche especial que es gratis y contiene vitaminas y minerales” (Migrante Venezolana)*

Desde la perspectiva de las mujeres migrantes haitianas, los controles gestacionales les abruman, no comprenden la importancia de realizar los exámenes de laboratorio así como las ecografías, situación que es posible comprenderla a través de la escasez de insumos médicos en el país de origen, por lo tanto las gestaciones son sin control médico ni mayores cuidados, sino más bien a través de creencias populares y cuidados precarios según las condiciones lo permitan, no obstante, las mujeres haitianas que han gestado en Chile, y al observar la diferencia en las atenciones y acceso a la salud primaria, adhieren a las prestaciones, asisten a los controles y participan en los beneficios y talleres que se desarrollan en post de un pre parto, parto y post parto óptimo.

*“Acá hacen muchos exámenes cuando estas embarazada, es mucho y hacen ecografías y te sacan sangre... Me atienden y hago todo los controles porque me dicen que es importante, también participo de talleres para embarazadas, ahí nos enseñan” (Migrante haitiana)*

### Análisis transversal

La salud pública en Venezuela previo a la crisis aguda era posible acceder a las prestaciones en los hospitales como exámenes médicos, controles periódicos de gestación así como también ecografías, sin embargo una vez agudizada la crisis en Venezuela los controles de gestación se dificultaban en la atención pública, por lo tanto se debe acceder a través de pago en el sistema privado de salud, ya que, en los hospitales las condiciones sanitarias, falta de insumos médicos y recursos humanos generan un riesgo para la salud de la madre e hijo.

*“Los hospitales, o sea tu ibas te atendían un parto o no sé qué... ya a raíz del parto de mi hija era imposible un parto o una cesárea en un sitio público...” (migrante venezolana)*

Según lo anterior, los controles gestacionales se realizaban de manera mensual, sin embargo, con el tiempo los controles solo pueden ser realizados de manera mensual accediendo a prestaciones privadas, situación que en ocasiones no es posible debido a la desvalorización del dinero venezolano. por lo tanto, las mujeres venezolanas cuando acceden a los controles gestacionales en Chile comprenden y adhieren a las prestaciones, debido a que en país de origen en los momentos de crisis menos agudos, la situación era similar, no obstante, existen ciertas diferencias como es el acceso a ecografías, si bien en la actualidad en Venezuela solo algunas mujeres pueden acceder a esta prestación, la que se encuentra sujeta a poder adquisitivo, con anterioridad el chequeo de la gestación mediante ecografías se realizaba de manera mensual.

*“Antes las atenciones del embarazo eran todos los meses, ahora si quieres chequear como crece el bebé debes pagar... Este las ecografías allá te las hacen mensual, pero ahora es muy difícil hacerlas en los hospitales”*  
*(migrante venezolana)*

La situación política y social en Venezuela en relación al periodo de gestación y parto, conduce a las mujeres a buscar ayuda y atención médica en Colombia, principalmente en las zonas fronterizas.

En el caso de las mujeres migrantes haitianas, las gestantes en el país de origen, si bien, pueden acceder a dos controles durante la gestación, esta prestación no cubre a la totalidad de mujeres embarazadas, ya que, dentro de Haití solo hay alrededor de cuatro hospitales, por lo tanto aquellas mujeres que vive en las afueras de la capital o en el campo no acceden a estas prestaciones, ya que no hay presencia de centros de salud cercanos, es posible monitorear el embarazo cuando se realizan operativos de salud internacionales que apuntan a sectores fuera de Puerto Príncipe, capital de Haití, sin embargo, dicha situación no asegura el monitoreo durante todo el embarazo. En el caso del parto, ocurre algo similar, si bien los partos son hospitalarios, las mujeres de las afueras de las ciudades no acceden a esto,

por lo tanto los partos ocurren en las casas con medida de higiene poco apropiadas.

*“... la chica haitiana en su país generalmente tiene derecho a uno dos controles, los partos si son hospitalarios pero no tienen una adhesión tan importante” (Matrona CESFAM)*

Si bien a través de la ayuda internacional, han entrado en funcionamiento hospitales maternales, estos no dan abasto, ya que la alta demanda producto de un gran índice de embarazos satura los hospitales impidiendo partos respetuosos, y generando de igual manera alta mortalidad, ya que, la escases de recursos humanos impide el actuar oportuno.

La Centralización de los recintos hospitalarios, así como también la escases de recursos genera que las mujeres gestantes no reciban los cuidados necesarios para resguardar la salud de la mujer y de quien está por nacer, las mujeres haitianas a diferencia de los que se busca promover en Chile, no generan un lazo de apego con el bebé que está gestando.

*“Una mujer embarazada no tiene las vacunas, cuando se da a luz recién se sabe si es niño o niña, porque no hay plata para ecografía” (Migrante haitiana)*

Lo anterior se produce producto del alto índice de mortalidad infantil debido al precario control gestacional, en donde las mujeres no son vacunadas contra enfermedades infecciosas principalmente gastrointestinales producidas por la escases de tratamientos de agua así como la escasa educación en la manipulación doméstica de esta.

**3) Establecer las prestaciones médicas que la atención primaria de salud ofrece a los migrantes internacionales adultos.**

### a) Morbilidad adulto

#### Desde experiencias profesionales

Desde las experiencias profesionales en relación a los inmigrantes internacionales venezolanos, es posible analizar que la lógica de salud que predomina en Venezuela corresponde a niveles curativos, bajo la lógica que predomina en el país de origen en donde las especialidades médicas pueden ser encontradas en el mismo recinto hospitalario, sin embargo, en la atención primaria de salud chilena, la salud tiene una lógica preventiva mayoritariamente, que permite diagnosticar a tiempo cualquier anomalía en la salud de los usuarios.

*“ellos tienen otra lógica de salud no está como la prevención ellos van directo a especialidad, entonces ellos buscan que dentro del mismo CESFAM este el pediatra, este el neurólogo” (Enfermera CESFAM)*

Los inmigrantes venezolanos si bien cuentan con un sistema de salud público deteriorado, mantienen la educación sanitaria y son conscientes de ella, por lo tanto buscan el acceso a la atención en los CESFAM en el momento de llegar al país, si bien asisten a controles de morbilidad por las mismas consultas que los chilenos, los venezolanos buscan acceder a las prestaciones de salud para controlar patologías crónicas diagnosticadas en el país de origen así como realizar chequeos médicos de rutina que en Venezuela no han podido realizar por las circunstancias que presenta el país.

*“ellos lo que más consultan... por resfriados (...) algún control preventivo, hacerse algún chequeo médico o patologías de base que ya tiene, crónicas... son las mismas consultas que cualquier persona de acá del país...” (Enfermera, CESFAM)*

En el caso de los inmigrantes haitianos, las consultas de morbilidad no surgen de manera espontánea, es decir, o acuden al CESFAM a realizarse exámenes preventivos, sino que producto de alguna dolencia o síntoma anormal para ellos, alguna dolencia o cuadro respiratorio acuden a la

atención primaria y es ahí donde se deben realizar pesquisas y de este modo se realizan las derivaciones correspondientes al sistema.

*“... generalmente yo los pesquiso con hipertensión y yo los derivo al sistema (...) a veces da la impresión que no saben que tienen cierta patología...” (Enfermera CESFAM)*

Por lo general no tienen conocimientos tener una patología crónica, ya que, no se realizan exámenes preventivos en su país de origen, por lo tanto es de relevancia que en la oportunidad que se acerquen a los centros de salud familiar puedan ser pesquisadas, la adherencia en caso de los haitianos al sistema de salud en ocasiones se vuelve baja, principalmente por la barrera idiomática y las costumbres propias de la cultura en donde las enfermedades son tratadas generalmente con medicina alternativa.

*“los pacientes de Haití hay que rescatarlos, no tienen tanta adherencia pero también eso lo reconocemos, pero tienen que ver con el tema cultural que tienen allá...” (Enfermera CESFAM)*

#### Desde la experiencia de migrantes internacionales

El cambio de un país a otro desencadena una serie de síntomas, los cuales son propios de un proceso de migración, una vez en Chile es posible tratar dichos trastornos en la atención primaria de salud, si bien los médicos deben ofrecer medicamentos que apunten a paliar los síntomas también informan a los pacientes de los efectos secundarios de los medicamentos, de esta manera se busca entregar información relevante.

*“yo uso un tratamiento para el trastorno de la ansiedad, porque aquí se me genera la ansiedad y yo tomo unas pastillitas y el doctor dice que nos es bueno por que acelera el alzhéimer” ( Migrante Venezolano)*

Si bien la medicina en Chile es convencional, en donde las terapias alternativas en algunos casos son reconocidas mas no utilizadas de manera habitual, los profesionales de salud promueven la no automedicación y evitar el abuso de medicamentos en las ocasiones que no son estrictamente necesarios.

*“el doctor dice que deja que el cuerpo asimile esa... esa cuestión que tiene y que el cuerpo mismo lo vaya matando” ( Migrante venezolano)*

En el caso de los inmigrantes internacionales, presentan baja adhesión a la atención de morbilidad, situación que no se aleja de la realidad chilena, como es posible determinar que en el rango etario de la adultez las consultas en los centros de salud disminuye, se concurre solo en casos de real importancia, de lo contrario y en específico en los inmigrantes haitianos la barrera idiomática los limita y utilizan métodos alternativos ante las enfermedades, situación que aumenta considerando el escaso acceso a las atenciones sanitarias en el país de origen.

*“No me gusta ir al hospital a atenderme, prefiero tomar un té o medicina casero pero voy cuando es mucho malestar” (Migrante haitiano)*

La situación anterior también es posible explicarla basándose en la escasa o nula prevención en salud que ofrece el país de origen, los migrantes haitianos buscan atención de salud solo a momento de presentar un signo o señal anómala que consideren de gravedad, ya que dentro de sus opciones previo a consultar ante cualquier duda está el tratamiento a través de medicina poco convencional.

*“no tienen estos controles preventivos que nosotros realizamos (...) ellos se enferman y buscan atención...” (Enfermera, CESFAM)*

Por lo tanto, al momento en que un inmigrante haitiano solicita atención se realizan pesquisas básicas para determinar si se requiere derivación al

sistema, considerando que es la oportunidad de corroborar el estado de salud, ya que de otra manera los inmigrantes haitianos no acuden al CESFAM.

*“Me resfrié y tuve dolor de cabeza y me chequearon la presión, todo... normal, me atendieron bien”. (Migrante haitiana)*

### Análisis transversal

Si bien la morbilidad adulto en los CESFAM dentro de cierto rango etario no es tan solicitada en comparación a otras prestaciones de salud, los CESFAM se encuentran equipados, ya sea con personal médico y los medicamentos necesarios para la atención de aquellas personas que lo requieran, situación que es posible contestar con los país analizados, ya que, las crisis ya sean económicas o políticas que desencadenan en escases de medicamentos, centros de salud equipados generan que la salud pública se considere en decadencia impidiendo a las personas acceder a las prestaciones que requieren, por lo tanto, se consumen remedios caseros sin atención médica o de lo contrario se debe pagar para obtener atención medica privada.

*“Cuando estaba enferma en Haití me bebía los remedios caseros, me hacía un té (...) No iba al médico porque allá es muy caro muy caro y no hay medicamentos... la salud pública es un caos... gente haciendo fila, por todos lados” (Migrante haitiana)*

La salud privada de al igual que la salud publica en Haití se hace de difícil acceso, puesto que la primera es excesivamente cara en comparación a las condiciones económicas del país, los médicos que logran estudiar fuera de Haití regresan al país con la idea de la atención medica priva, establecen sus propias consultas médicas privadas, lo cual, no es accesible para el común de la población, y bajo esta misma línea los centros de salud públicos no poseen recursos humanos y escasos insumos médicos.

“Algunos doctores hacen los exámenes pero hay que pagar, lo público no es bueno, hay poca salud” (Migrante haitiana)

En el caso venezolano el acceso a medicinas y exámenes médicos para detectar patologías que ingresan por atención de morbilidad se vuelve dificultoso, previo a la crisis los tratamientos eran de fácil acceso en la salud pública y lograr conseguir medicina en las farmacias exclusivas.

“ antes era más factible conseguir la medicina y económica, los tratamientos eran súper económico (...) los estudios para descubrir que por qué eres hipertensos eran económicos” (Migrante Venezolano)

Según las experiencias de los inmigrantes venezolanos la atención de salud pública en el país de origen se vuelve más personalizada que aquella atención que ofrece el sistema chileno, los profesionales de salud en el país de origen investigan las posibles causas de las patologías generando un espacio de confianza, situación que no perciben con los profesionales chilenos, los cuales, se centran en la sintomatología y se evocan en solicitar exámenes o suministrar medicamentos, sin entablar una relación de confianza profesional – paciente.

“el medico venezolano te das más atención, te escuchaba incluso te aplicaba un poco de psicología (...) él te investiga para llegar a la raíz del problema que tú tienes” (Migrante venezolano)

En general los inmigrantes venezolanos utilizan en exceso la medición farmacéutica además de auto medicarse, situación que si bien ocurre con los chilenos en general estas prácticas no son tan frecuentes, ya que, en Chile la venta de fármacos se encuentra regulada por ley, por lo tanto, el acceso a medicamentos que se venden con receta médica en Chile no es expedito, situación a la que los inmigrantes venezolanos no acostumbran.

“el chileno normalmente, no se enferma, no como nosotros y evitan mucho el consumo de drogas farmacéuticas, esa es la diferencia” (Migrante venezolano)

#### 4) Identificar las prestaciones de salud del programa salud bucal para población migrante internacional en Atención Primaria.

##### a) Salud oral

###### Desde experiencias profesionales

Los programas de salud oral en atención primaria abarcan todo el ciclo vital de las personas, dichos programas responden a las necesidades que surgen en las etapas determinadas. Los dentistas se guían según los indicadores establecidos para determinar el estado de la salud bucal, lo cual corresponde a las caries, enfermedades periodontales con la finalidad de entregar un diagnóstico asertivo y poder proceder con un tratamiento oportuno según necesidad y edad del paciente.

*“Los indicadores son baja cantidad de caries, bajo índice de enfermedades periodontales... poca pérdida dentaria, acceso a tratamientos dentales en donde tú puedas decir... ah, hay aquí un cuidado... y eso...” (Odontólogo, CESFAM)*

Según los indicadores es posible establecer que los peores índices de salud oral la presentan los inmigrantes haitianos, son quienes poseen mayor pérdida dentaria así como caries, no obstante, esta situación se asemeja a la salud bucal de los chilenos, la salud bucal

*“los peores en los índices son los haitianos porque tienen mucha pérdida dentaria, tienen muchas caries, muchas enfermedades periodontales, mucho sarro, movilidad dentaria y mucha pérdida que es lo más importante” (Odontólogo CESFAM)*

En relación a la salud oral de los inmigrantes venezolanos se considera superior a los inmigrantes haitianos ya los propios chilenos, según los índices las escasez de caries, poca perdida dentaria vislumbran acceso a tratamientos dentales en el país de origen y educación con respecto a la higiene bucal, siendo el inmigrante venezolano una persona muy consciente de sí misma respecto a su salud general como también a los hábitos alimenticios que son un factor importante a la hora de mantener la dentadura sin enfermedades y mantener sus piezas dentales. La educación con respecto a los cuidado dentales que posee los migrantes venezolanos se refleja en el estado de su salud oral, culturalmente el odontólogo es de gran

*“los venezolanos en general tienen buena salud oral... baja cantidad de caries, bajo índice de enfermedades periodontales... poca perdida dentaria, acceso a tratamientos dentales” (Odontólogo, CESFAM)*

importancia para esta población migrante.

Los programas de salud oral abarcan desde los seis meses de edad de niños y niñas, por lo tanto, la salud bucal es monitoreada desde antes de la dentición con la finalidad de detectar anomalías mandibulares o dentarias, de tal manera de tomar medidas a tiempo y establecer un línea de trabajo si fuese el caso, a medida que el niño crece recibe atención dental según los diversos programas dentales que apuntan a proteger la infancia, situación que apunta a mejorar las condiciones de salud oral en los futuros adultos, y de esta manera reducir los índices negativos con respecto a este tema.

*“los niños migrantes bien porque con las estrategias del Ministerio, el programa CERO, hacemos el ingreso a los seis meses” (Odontólogo CESFAM)*

En el caso de las mujeres embarazadas, tienen derecho a acceder a las prestaciones de salud bucal, uno de los controles en la gestación

corresponde al odontólogo, que de ser necesario la ingresara en el programa para monitorear la salud bucal, ya que, en el proceso de gestación se recienten las encías, generando complicaciones en la salud oral.

*“las embarazadas haitianas sobre todo que son las que tienen como peores índices de salud han ido bien... han adscrito” (Odontólogo CESFAM)*

En el caso de las mujeres embarazadas haitianas son las que presentan peores condiciones de salud bucal en comparación con las mujeres venezolanas y las chilenas, según las cifras esto se enmarca en los cuidados entregados en su país de origen, su cultura educación y la accesibilidad a esta misma.

#### Desde la experiencia de migrantes internacionales

Las atenciones de salud oral responden a la prevención y a aquellas atenciones GES paliativas que permiten tratar dolor de un diente, inflamación de las encías que produzcan sangrado o las denominadas urgencias, si la situación no representa una urgencia se deriva como morbilidad, por lo tanto se debe realizar cita para la atención, además hay ciertos centros de salud familiar que no poseen todos las prestaciones como por ejemplo radiografías, por lo tanto, se deben derivar a aquellos casos a centros especializados para posteriormente ser atendido por el odontólogo del CESFAM más cercano.

*“acá es muy lento y te dan cita... te atienden si vas por urgencia... de repente por un dolor o un sangrado...” (Migrante Venezolano)*

Los niños inmigrantes internacionales ingresan al programa de control del niño sano, dentro de una serie de beneficio y prestaciones estipulados por la normativa vigente se encuentra el acceso a la atención dental, por lo tanto los niños y niñas reciben atenciones bucales periódicas que permite monitorear el desarrollo mandibular y dentario durante la primera infancia.

*“me dieron las recomendaciones y le indicaron el cepillado de sus dientes... básicamente me informaron porque como ella asiste al control del niño sano, me dieron la hora y la llevé...” (Migrante Venezolano)*

Las mujeres embarazadas dentro de los controles prenatales le corresponden asistir a control odontológico, ingresan al programa de salud bucal para recibir todos los cuidados necesarios, ya que, en periodo de gestación la dentadura se debilita así como también aumentan las enfermedades periodontales.

*“Cuando estaba embarazada tuve que ir al dentista, tenía caries y ahí me arreglaron los dientes” (Migrante haitiana)*

#### Análisis transversal

La situación política y social en Haití impide el acceso a prestaciones de salud básica, los migrantes internacionales haitianos que ingresan a la atención primaria de salud en Chile para obtener atención bucal evidencian la deficiencia en la salud oral que poseen, la salud oral en Haití está determinado por el poder adquisitivo para pagar por las prestaciones, por lo tanto la movilidad dentaria así como las enfermedades periodontales presentan grandes índices.

*“en Haití no iba al dentista, es muy caro, es casi imposible” (Migrante haitiana)*

En Venezuela previo a la crisis política que vive el país la atención de la salud bucal se desarrollaba en los centros ambulatorios por orden de llegada, se realizaban todos los procedimientos según los requerimientos de los usuarios, situación que contrasta con Chile, si bien, las prestaciones en Chile

se realizan en los centros de atención primaria previa según la complejidad se deriva a otros niveles de la atención de salud.

*“... Con la higiene bucal allá en Venezuela tu ibas y te atendían o sea ese mismo día ibas hacías tu fila y te daban número para atenderte ese mismo día”. (Migrante Venezolana)*

El acceso a la atención bucal en Venezuela era expedito, los tratamientos dentales eran de fácil acceso por lo tanto la salud bucal de los venezolanos responde a buenos parámetros, situación que contrasta con la salud oral de los chilenos.

*“si no tenía alguna molestia, trataba de hacerme limpieza seguido, por lo menos cada tres meses” (Migrante Venezolana)*

La salud oral dentro de la población venezolana se considera importante, por lo tanto la prevención comienza desde los bebés, en donde se explican métodos para realizar la limpieza bucal, situación que a pesar de las condiciones en que se encuentra la salud venezolana, continúan realizándose a través de acciones culturales con implementos de uso casero. Los niños luego de la dentición acuden a las prestaciones relativas a la salud oral sin embargo en la actualidad las condiciones políticas dificultan el acceso en salud pública.

*“Con respecto a los niños... se les limpiaba con agua y bicarbonato la lengua, la encía... se hacía la higiene”. (Migrante Venezolana)*

En Venezuela a pesar de no contar con los implementos necesarios para la buena calidad de la higiene bucal, producto de la agudización de la crisis, se utilizan métodos alternativos de bajo recurso para mantenerla lo mejor posible, esto se ve enmarcado en las costumbres y la responsabilidad con la

salud oral que posee cada persona, debido a la educación sanitaria que han recibido.

- **Reflexiones de la experiencia**

En el siguiente capítulo se desarrollara un análisis integrado abordando los ejes centrales siendo estos los pilares fundamentales para la sistematización y posterior entrega de resultados obtenidos, el análisis será explicada en dos grande grupos siendo la Atención Primaria en Salud el tema central con el cual se trabajara.

Los Ejes conceptuales se presentaran de manera transversal en la sistematización como también en el proceso de análisis.

- 1. Reflexión en cuestión de Salud como derechos humanos, migración internacional y trabajo social.**

Desde la salud como un derecho humano

En él año 1948 Chile celebros la incorporación de los tratados internacionales relacionados a la Salud Pública y el cuidado de las personas migrante, este acuerdo se incorpora de manera gradual a la constitución creando leyes, políticas públicas y decretos para la implementación de estas, si bien el país no era un lugar de alta demanda migratoria dentro de Latinoamérica, en la última década se veían reflejados una alza en los porcentajes migratorios.

En la redacción de los acuerdos se estipula que cada país debe entregar:

Atributos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, género o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos Derechos Humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles (Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile, 2018)

En la actualidad la incorporación de los derechos de las personas migrante frente a la salud pública se ha registrado de manera lenta y pausada, esto dificulta el correcto funcionamiento del sistema creando falencias y una mala gestión y comprensión tanto para el personal médico como para el paciente cayendo en una contradicción frente a lo que se acordó en el tratado versus lo que se emplea en el sistema país, si bien dentro de la atención primaria se entrega atención a toda persona que se encuentre en el territorio nacional, esto no garantiza una atención de calidad, oportuna y clara para las personas migrante ya que deben cumplir con requisitos y normativas internas del sistema salud.

Las contradicciones manifestadas en el proceso de atención se crean a raíz de vacíos legales que no cuentan con una pauta o reglamento frente diversas situaciones que se van presentando según su regularización de documentos.

#### Migración internacional

Chile tuvo un antes y después el año de los tratados internacionales, acuerdos que hasta el día de hoy siguen vigentes en la constitución que garantiza la entrega de servicios de atención primaria y el ingreso a sus prestaciones, pero no se realiza de la manera acordada según lo establecido ya que se emplea una falta de integración en las políticas públicas de salud en donde las características de los países migrantes, crea barreras en la atención ya sea de manera idiomática, generacional y/o de costumbres, esto se manifiesta de manera clara con los países relacionados en la sistematización como lo es Venezuela y Haití. Según los resultados obtenidos mediante las entrevistas el primer país nombrado tuvo una complicada adaptación al servicio debido a sus costumbre y estilos de vida manifestándose como las principales características y complicaciones a resaltar en la estadía en Chile, si bien el idioma para cuestiones generales no fueron un mayor inconveniente de igual manera se generaron sesgos dentro de la ciudadanía, esto se debe al choque cultural en relación a la cantidad de medicación integrada según rango etario, la venta de medicamentos con restricción médica y el ingreso al sistema por especialidades y derivaciones; en el caso del segundo país Haití la mayor dificultad con la cual se debieron enfrentar fue el idioma, ya que su principal manera de comunicarse es por medio del creole y francés, creando trabas tanto en el diario vivir dentro del

país como también al momento de solicitar alguna ayuda de necesidad básica, para contrarrestar esta dificultad idiomática se emplearon diversos métodos de comunicación como lo fue traductores especializados en el área de creole y francés como también la entrega de información en el idioma correcto pero aun así se generan carencias debido a la poca incorporación de intérpretes y lenta gestión de adaptación.

Hoy en día es un gran desafío trabajar en políticas de migración esto es debido a la gran gama temática que se debe trabajar con miradas puesta en un futuro inmediato y a largo plazo, Chile hasta el momento solo se ha comportado de manera reaccionaria frente a lo que va sucediendo pero se necesitan políticas públicas insaturadas que sean amplias y claras con respecto a la migración en cada uno de sus ámbitos, y no solo en el ámbito de entrada y salida del país.

#### Desde el trabajo social en materia de salud

La profesión se ve enmarcada por las leyes y políticas públicas establecidas, las cuales pueden ser modificadas mediante una urgencia en este caso la migración, es por esto mismo que el ejercicio del trabajo social se emplea como rol de guía y ayuda para las personas migrantes, el cual solo se ajusta y se emplea en derivaciones y ejercicios propios entregados por el sistema, generando así materias únicamente de reacción frente a la contingencia más que soluciones empleadas desde el núcleo del problema.

El Trabajo social ha sido la guía y la primera fuente con la cual los migrantes se encuentran cuando ingresan al sistema de salud, siendo esta la oportunidad para conocer y recoger información respecto de la persona, al ser el primer encuentro a su llegada al sistema de salud se debe generar una buena acogida y conocer su historia de vida para emplear las derivaciones correspondiente según su necesidad inmediata y es ahí en donde el o la profesional se ve limitada solo para ejercer el trabajo mecanizado establecido por el protocolo, esto genera un impacto tanto en la persona migrante como en la profesional, ya que, al verse un sistema mecanizado no se respetan tradiciones y costumbres,

#### **1. Salud como derecho humano, migración internacional, Atención primaria en salud y trabajo social.**

Salud como derecho humano y migración internacional:

El sistema de salud en Chile funciona de manera mixta, esto quiere decir que es un sistema gratuito y pagado al mismo tiempo y entregado por medios de bonos, esto se emplea según lo señalado por los tratados internacionales en materia de salud, siendo rectificado en dos nuevos pactos internacionales los cuales son: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), estos pactos incluyen todo tipo de discriminación hacia la mujer en materias de salud y civiles, creando conciencia respecto a la mujer como una persona de derecho y respeto, más aun en un estado de vulnerabilidad cuando se encuentra en territorio desconocido y en situación de migración, respalda el derecho de los niños más aun en situación de migración, esto se deja establecido en las políticas de migración en donde todo niño, niña y adolescente menor de 18 años tiene derecho a un acceso a la salud de manera gratuita y oportuna con la finalidad de cumplir a cabalidad los acuerdos.

El Ministerio de Salud Chilenos (MINSAL) integró en el 2019 siete lineamientos en la política de migración pero en este caso solo se trabajó con el lineamiento número dos que son la accesibilidad y adaptabilidad de las personas migrantes respecto a la salud, este declara lo siguiente:

Difusión de derechos y educación sobre el sistema de salud Esta línea de acción busca disminuir brechas de información de la población migrante... (MINSAL, 2019)

Como se señaló anteriormente la entrega de información es una de las principales preocupaciones dentro de las atenciones médicas, pero se crean problemáticas que son evidentes en el diario tránsito de los centros de atención y que se crea principalmente con el migrante haitiano en donde el idioma juega un rol primordial y en este caso desfavorecedor para ellos.

“O sea por una parte cuando la mayoría era haitiano la principal barrera es el lenguaje, con los venezolanos no pasa porque es más fácil de comprender” (Trabajadora Social, Cefam Quebrada Verde, Valparaíso-9

Como señala la trabajadora social en caso contrario el migrante venezolano no genera problemas de idioma, ya que se crean códigos muy parecidos al nuestro, esto se debe al habla hispana con el cual estamos interactuando, esto deja en claro que el sistema dentro de las políticas públicas y como bajada dentro del área de atención la accesibilidad no se puede realizar de manera óptima, puesto que la entrega de información no se puede transmitir de manera clara y comprensibles, esto se debe a la no incorporación de persona especializadas en la traducción y entrega de información en distintos dialectos e idiomas, ya que en Chile el principal idioma es el español y secundado por el inglés como un idioma universal para comunicarse, dejando en evidencia una problemática que se ha ido trabajando a medida que se van creando los vacíos.

#### Atención primaria en salud y trabajo social.

La atención primaria en salud es un sistema instaurado en Chile con la finalidad de establecer:

“una relación de colaboración y respeto mutuo entre el Estado y la ciudadanía, que favorece el fortalecimiento de la sociedad civil y permite una mayor legitimidad y sustento ético de las políticas públicas” (MINSAL, 2018).

Es por esto que toda persona debe ser respetada en la atención médica según los tratados de migración las cuales ya integran en una política migratoria de salud, siendo esta una principal barrera ya que como se menciona anteriormente la entrega del servicio de salud se ve dificultada por medio de los problemas idiomáticos y de las respectivas costumbres de los países, esto genera una confusión en la entrega del servicio como así también en el actuar de la ciudadanía y el equipo médico respecto a la entrega de ayuda como también del mismo migrante en como ingresar al sistema y poder recibir ayuda médica, es por esto que el MINSAL crea una normativa según las prestaciones que puede acceder y estas son: Salud Sexual y Reproductiva, Salud de niños, niñas y jóvenes, Inmunizaciones, Control de embarazo, Salud bucal y Consulta Morbilidad, para solicitar las prestaciones se debe realizar el trámite por medio de la OIRS o SOME

oficinas que se encuentran dentro de servicio médico que hace entrega de las citaciones con la Trabajadora o Trabajador Social, siendo este profesional el principal contacto con el usuario migrante , esto quiere decir que el profesional no solamente debe atender sino también educar e infirmar respecto a las prestaciones a las cuales debe acudir según su historial clínico.

Eh... siento que el día de hoy se entrega pero también es una labor que se ha ido...trabajando porque dentro de la misma quizás falencias hemos ido trabajando sobre la marcha y hemos visto que hay un mayor flujo y a través de eso se creó el programa migrante, por que antes no existía un programa migrante, se estableció que en casa centro existiera un referente para facilitar el eh.... El acceso, para facilitar quizás con quien se tiene que comunicar la persona y ahí hemos ido trabajando entonces ¡en este minuto! Yo creo que ya hemos ido avanzando y se ha hecho más expedito.  
(Trabajadora Social, Cesfam Quebrada Verde, Valparaíso)

La manera que se entrega la información es por medio de un protocolo realizado en la marcha, donde la misma trabajadora social da cuenta de una falencia en el sistema el cual se han ido creando programas según sea necesario, esto demuestra la ineficiencia de la política pública, los programas creados y la reacción de los gobiernos frente a la materia de migración, este mismo vacío de la contingencia crea un atascamiento en materia de Trabajo Social como profesión desde la materia Pura, que es entregar una mejor calidad de vida a la persona que lo va necesitando, sin dejar de lado su esencia que es el asistencialismo pero del mismo modo evolucionar a una manera de gestión y creación de nuevas miradas desde la misma profesión.

En la actualidad la dinámica de trabajo para el profesional se ve enmarcada frente a los requisitos necesitados por la institucionalidad del recinto de salud, como también desde una política pública instaurada y la reacción frente a los cambios que van surgiendo esto queda claro cuando la trabajadora social hace mención sobre aquello.

“dentro, podríamos decir ¿Dentro del centro de salud? Es que el programa migrante está organizado por la corporación entonces, dentro de la corporación están los referentes y los referentes dependiendo del centro hacemos actividades que vienen sujetas como a las directrices, que son como taller hay que hacer avanzando rieles va a depender de la situación particular de cada centro que acciones se pudiesen hacer (...)”  
(Trabajadora Social, Cesfam Quebrada Verde, Valparaíso)

Esto se refleja en el “quehacer profesional” por medio de las instituciones y directrices respecto a la política pública y como lo aborda el centro de salud en el cual se encuentra inserta, desde el punto de vista general esto crea deficiencias tanto del sistema en si como también en solución de problemas frente a problemáticas evidentes, que se podrían solucionar con la anticipación al problema por medio de la observación, incorporación y capacitación del personal a nivel general de la salud, así también dejar el actuar del trabajador social en la gestión de soluciones y nuevos programas por medios de las duplas o mesas de trabajo mediante áreas fuera y dentro del sistema de salud , creando una mirada más abierta frente a lo que se necesita enfocándolo principalmente lo que se está entregando y la forma que se realiza.

## ***Capítulo VI***

# ***Conclusiones***

- **Presentación**

Constantemente el trabajo social está desarrollando procesos que implican la intervención social, sin embargo, estas solo quedan plasmadas en registros, los cuales permiten desarrollar documentos que contienen los relatos de manera descriptiva de lo trabajado en el proceso. Es por tal situación que se utiliza la metodología de sistematización en el desarrollo de este documento, si bien es una metodología poco explorada ha tomado protagonismo siendo utilizada por profesionales para rebabar la mayor cantidad de antecedentes provenientes de la praxis profesional.

La temática migratoria y su abordaje es un proceso complejo, en la actualidad la migración internacional se encuentra en auge y Chile no es la excepción, por lo tanto, la recolección de experiencias profesionales del área de salud y los propios migrantes es fundamental, dicha recolección de información permitirá generar conocimientos nuevos desde procesos reflexivos que la practica genera; esta situación permite retroalimentar y nutrir los procesos que ya se desarrollan, identificando fortalezas y debilidades para proponer nuevos conocimientos que permitan mejorar la práctica profesional.

El último capítulo del Proyecto de Título se desarrollará en torno a los ejes conceptuales propuestos, que corresponden a Derechos Humanos, Migración y Atención Primaria en Salud, los cuales, son el eje transversal a lo largo de toda la sistematización. También serán desarrollados puntos en torno al marco metodológico, en donde se expondrán las ventajas de la sistematización de experiencias y finalmente se abordaran las conclusiones profesionales de trabajo social respecto a la atención primaria en salud con personas migrantes internacionales.

- **Conclusiones Temáticas**

Desde el inicio el proyecto de título posee tres ejes conceptuales, los cuales dan sustento al marco de referencia. Los ejes corresponden a Derechos Humanos, Migración internacional y Atención Primaria en Salud; los cuales, serán abordados de manera transversal ya que se sustentan entre sí.

La Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada y aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1948, integrada actualmente por 193 países es la base internacional de los Estados parte para la protección de los derechos humanos, dentro de esos países se encuentra Chile.

El Derecho internacional de los Derechos Humanos apunta a incorporar y garantizar el resguardo de derechos económicos, políticos y sociales. Por lo tanto y según lo anterior dentro de los 30 artículos que componen La Declaración Universal el artículo 13 establece lo siguiente:

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

De este modo, la migración es un derecho y a lo largo de la historia siempre se han producido movimientos migratorios en mayor o menor medida, la discusión con respecto al tema en la actualidad se enmarca en el aumento de la migración proveniente de países que poseen contextos de crisis humanitarias y Estados que no han garantizado dentro de su territorio las condiciones de vida digna para las personas arribando al país de destino con visado de turista, sin embargo, transcurrido el tiempo permanecen en el país bajo estatus de irregularidad, Chile no ha sido la excepción, en los últimos años ha sido un país de destino para las personas, familias y comunidades que aspiran a una mejor calidad de vida, los migrantes provienen de diversos países de la región principalmente andinos, sin embargo, ha habido un gran aumento de migrantes venezolanos y haitianos que buscan vivir en condiciones dignas, no obstante, se enfrentan a discriminación, hacinamiento y prácticas racistas, por lo tanto, más que un enfoque de derecho, se sustenta en un enfoque de seguridad que genera en la población chilena cuestionamientos en relación a los derechos que poseen los migrantes

internacionales. En los últimos años la migración internacional se ha evidenciado de mayor manera, dejando ver a su paso la diversidad cultural que eso conlleva, estableciendo una ambigüedad entre lo positivo y lo negativo de la migración, la riqueza aportada por las culturas son a la vez lo que convierten en negativo el proceso migratorio, claro ejemplo es la barrea idiomática en el caso particular de Haití.

Con la finalidad de consolidar una comunidad internacional que se sustente sobre los principios del reconocimiento de la dignidad de las personas y este acorde a los tiempos modernos en Chile se trabaja en La nueva Ley de Migraciones, que busca fomentar la migración segura, ordenada y regular cumpliendo la obligación de establecer marcos regulatorios que respondan a estándares internacionales de igualdad y no discriminación, que permitan velar por la dignidad y la vida de las personas, y permitiendo dejar a tras a la actual ley de extranjería, creada en dictadura y que no responde a los requerimientos de los flujos migratorios actuales. Si bien se acoge lo establecido por los derechos humanos ante la migración, Chile bajo el gobierno de Sebastián Piñera se retira del Pacto Mundial por la Migración de la ONU a fines del año 2018, reunión que se llevó a cabo en Marrakech, en donde se buscaba establecer un marco legal que garantice una mayor seguridad y dignidad para los migrantes a través de una migración segura, ordenada y regular; situación contradictoria, ya que, es lo que se pretende a través de La nueva Ley de Migración chilena, las razones para esta determinación establece según Piñera (France 24, 2018) “incentivan la migración irregular, establecen nuevos deberes para el Estado de Chile, restringen nuestra soberanía y pueden perjudicar a nuestro país en eventuales juicios internacionales” a esto se suma las declaraciones del ex subsecretario del interior, Rodrigo Ubilla, quien en sus declaraciones plantea que “la migración no es un derecho humano” (France 24, 2018)

Desde otra perspectiva, los Derechos Humanos a través del artículo 25 de su declaración establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida óptimo que le asegure salud y bienestar.

Por lo tanto, Chile ha avanzado con respecto a la protección de la salud de los migrantes internacionales, si bien en inicios solo recibían atención sanitaria en la atención primaria aquellas personas que calificaran en ciertas situaciones como niños niñas y adolescentes

hasta los 18 años, las mujeres embarazadas y las atenciones de urgencias; sin importar estatus migratorios bajo las causales mencionadas anteriormente, en la actualidad se han creado una serie de oficios y circulares que permiten el acceso a la atención primaria de salud a todos los migrantes en condiciones de vulnerabilidad, a través de FONASA A, por lo tanto, los migrantes pueden acceder a prestaciones médicas de morbilidad y a todas aquellas prestaciones que estimen convenientes en igualdad de condiciones que la población chilena; si bien poseen acceso a la salud primaria, en ocasiones y producto de la desinformación así como la barrera idiomática entorpece el proceso de incorporarse al sistema de salud, lo cual, se considera de suma importancia, puesto que, se requiere mantener un control respecto a la población migrante, ya que, las condiciones de educación sanitaria de los países de origen no son las mismas, por lo tanto la principal intención en Chile es evitar enfermedades infecciosas ajenas y controladas en el país o realizar controles efectivo de la natalidad y mantener el control de enfermedades crónicas en beneficio de toda la población en territorio nacional.

Es importante destacar por el equipo tesis que durante el desarrollo de la sistematización se utiliza el termino migrante, proceso que engloba la emigración y la inmigración; si bien emigrante es quien abandona su país de origen para establecerse en otro; inmigrante hace referencia a aquel que llega a un país distinto del que es originario, mientras que migrante engloba a todos aquellos que se trasladan del lugar que habitan a otro evitando que inmigrante se torne un término peyorativo para aquellos que deciden abandonar su país de origen y establecerse en otro por las causas que estimen convenientes.

- **Conclusiones metodológicas**

Las experiencias de migrantes internacionales con respecto a la atención primaria en salud se enmarca dentro de innumerables giros y diversas perspectivas, por lo tanto, determinar los procesos de investigación y recolección de información en la temática de migración se vuelve un proceso

complejo, ya que, la elección de una línea de trabajo enmarca las acciones a realizar en el proyecto dentro de un contexto específico, dándole estructura y forma, sin la posibilidad de desmarcarse.

Según lo anterior, el proyecto se presenta como una sistematización, metodología de investigación que permite ejecutar y modelar tanto el proceso como los resultados, para aquellos que decidan sistematizar, de manera libre según los requerimientos que surgen durante el proceso de sistematización de experiencias. El levantamiento de información a través de entrevistas semiestructuradas de los colectivos participantes en esta metodología, permite acceder a detalles de las temáticas a tratar así como también graficarlas e identificar problemáticas no visibles a simple vista, generando un diálogo que aporta experiencias en relación a la temática desde primera fuente.

La sistematización se entiende entonces como un método de generación de conocimientos a partir de una experiencia de intervención en una realidad determinada, la cual, debe ser rescatada. Situación que se plasma dentro del desarrollo del Proyecto de título mediante la temática de las experiencias de Atención Primaria en Salud de las personas migrantes internacionales.

La sistematización se presenta como una interpretación crítica de una o varias experiencias que a partir del ordenamiento y reconstrucción, explicita la lógica del proceso vivido así como los factores que han intervenido en el proceso, como se relacionan entre sí y por qué se ha hecho de ese modo.

En virtud a lo anterior se recolectan experiencias de migrantes internacionales venezolanos y haitianos que tengan acceso a la atención primaria de salud y hayan accedido a las diversas prestaciones que esta ofrece, con la finalidad de recoger la información por parte del sujeto involucrado de forma directa que permita reconstruir el proceso de atención en las diversas áreas médicas a las que ha accedido y determinar las propias experiencias en los países de origen con la finalidad de generar conocimientos en relación a la manera en que conciben la prevención de salud y que relación generan con respecto al cuidado de esta.

Al sistematizar, las personas migrantes recuperan de manera ordenada lo que ya saben sobre la experiencia en salud, descubren lo que aún no se sabe acerca de ella y al reconstruir el proceso, identificar sus elementos,

clasificarlos y reordenarlos permite objetivizar lo vivido en la atención primaria y convierte así la experiencia en objeto de estudio y a la vez en objeto de transformación.

La sistematización también se presenta como un proceso reflexivo generado desde la práctica, ya que, luego de realizar el proceso de recolección de información se realizan análisis de los resultados obtenidos en relación a las experiencias tanto profesionales como de los migrantes internacionales con respecto a la atención primaria de salud, generando nuevos conocimientos con respecto a las prestaciones y la perspectiva que poseen los migrantes internacionales; esto genera conocimientos en relación a la atención de salud de los países de origen de los migrantes internacionales además de generar retroalimentación del quehacer profesional de los médicos del sistema de salud.

Los procesos de sistematización tienen una lógica inferencial, los conocimientos de una práctica o experiencia pueden ser rescatados mediante un proceso reflexivo y de abstracción, dando respuestas a experiencias o prácticas más generales. El uso de los resultados de la sistematización de experiencias dependerá del uso que logre darle a la información quien haga uso de ella así como la transferibilidad que el profesional le dé, siempre y cuando el contexto de la sistematización sea homólogo.

- **Conclusiones profesionales**

- Trabajo social y migración

El desarrollo de procesos que involucren diversas metodologías y temáticas, contribuyen al conocimiento que cada profesional debe desarrollar dentro la formación académica y del quehacer profesional. Todo lo aprendido a través de la información recabada permite enriquecer el marco de referencia que poseen los profesionales, esto pone a prueba las competencias técnicas así como también las habilidades blandas del profesional a lo largo del proceso. Determinar cuáles han sido los conocimientos adquiridos una vez concluido el proceso permite al profesional evaluar lo aprendido y valorar la experiencia profesional. El desarrollo de la sistematización de experiencias realizada

requirió de un despliegue de competencias profesionales por parte del equipo tesis, las cuales, han sido adquiridas a lo largo de la formación académica.

En el caso de las competencias disciplinarias, el uso de los conocimientos de las diversas disciplinas provee criterios fundamentados para el desarrollo profesional, estos conocimientos ya adquiridos han sido gestionados con aquellos nuevos conocimientos aprendidos para el abordaje de la temática del proyecto del título. El dominio de repertorios teóricos, conceptuales y metodológicos correspondientes a los niveles de intervención social además del compromiso ético y el uso de los diversos principios del trabajo social fue fundamental en el desarrollo del proyecto, a pesar de no haber desarrollado un proceso de intervención como tal.

La revisión documental de programas y beneficios permitió determinar la cobertura de estos para la población migrante e identificar las propuestas para la población migrante internacional en materia de salud pública y específicamente atención primaria en salud, lo cual, facilitó el proceso de gestionar los recursos humanos de los colectivos participantes de proceso determinado la importancia del trabajo en red en el sector de salud.

La importancia de la competencia multicultural e intercultural es clave, entendiendo que para abordar la temática con estos grupos particulares, se requiere por parte de los profesionales poseer dicha competencia y aptitudes para realizar intervención social o la atención de un migrante internacional, el enfoque intercultural es primordial desde el ámbito de sujetos y procesos, el cual, permite generar compromisos con el medio social cultural y un grado de conciencia frente a un fenómeno migratorio que va en alza.

Las competencias relacionadas al desarrollo personal y profesional se presentan durante el desarrollo del proceso, principalmente bajo el uso de la ética del trabajo social y sus principios fundamentales, principalmente el principio de confidencialidad, ya que, el estatus migratorio en algunos casos corresponde a la irregularidad, lo que genera cierta distancia por parte de los migrantes internacionales a vincularse en situaciones que expongan la situación migratoria ante profesionales o estudiantes, esta situación sumada las condiciones sociales de Chile en que concluye el proceso de sistematización produce temor y reticencia por parte de los migrantes.

Para el trabajo social, abordar la temática de migración corresponde a un área que se encuentra en auge y en donde la profesión tiene mucho por hacer, desde promover estructuras para el quehacer profesional hasta dar respuestas que apunten a resolver las problemáticas del migrante. Las intervenciones sociales en la temática se pueden desarrollar en todos los niveles de intervención en que se orienta la práctica profesional, ya sea caso, grupo y comunidad.

El rol del trabajador social, se basa principalmente en ser un nexo con diversos profesionales de diversas áreas e instituciones, con la finalidad educar e interiorizar la temática migratoria, la cual, es consecuencia de la globalización, por lo tanto la educación con respecto a competencias técnicas, lingüísticas y metodológicas corresponde a la profesión.

La profesión como tal, se caracteriza por el hecho de lograr adaptarse a los diversos contextos en los que se inserta, por lo que se cree, que es fundamental que los Trabajadores Sociales, se vinculen con los temas migratorios, entendiendo que somos el profesional más idóneo, para entender que estos sujetos deben ser atendidos en condiciones de equidad frente a otras personas, con el propósito de ir en busca del bienestar social de cada uno de ellos. Esto en virtud del compromiso generado como actores de las ciencias sociales, y porque generalmente cuando otros profesionales, técnicos u administrativos, no sepan que realmente hacer con un inmigrante, en virtud de nuestro compromiso ético, seamos capaces de entregar informaciones certeras, orientaciones concretas y soluciones posibles, desde el conocimiento pleno y actualizado.

El trabajo social tiene como misión proponer rutas de trabajo desde la profesión para abordar esta falencia en la atención a los inmigrantes, para así dar respuestas concretas, con iniciativas, que vengan de la mano del cambio que Chile actualmente necesita de forma urgente en materia migratoria.

- Trabajo social y atención primaria en salud

La salud ha sido un campo importante y tradicional dentro del trabajo social, desde el ejercicio de la profesión se concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales que trasciende de las ciencias médicas y la concepción

biológica, y se involucra en los procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación a través de las ciencias sociales.

El trabajo social en el área de salud a través de los tres niveles de intervención: caso, grupo y comunidad, es capaz de identificar las necesidades y problemáticas que afectan en la salud de las personas, el desarrollo de la profesión no solo es al interior de instituciones, sino también espacios que permiten las relaciones sociales y generan redes de apoyo que buscan ayudar a la persona en enferma. El trabajo social se enmarca desde el enfoque de derechos, promoviendo la participación social para el fomento de la salud y la promoción de esta como un derecho universal.

El trabajador social en atención primaria de salud forma parte de un equipo interdisciplinario, en donde aporta con el diagnóstico social, el cual, permite identificar factores de riesgo en todo los niveles de intervención, y se tienen cuenta aspectos particulares la población, con la ayuda de dicho diagnóstico social, el equipo de atención puede elaborar un diagnóstico global que contenga los factores de riesgo social como factores netamente médicos.

Las competencias del trabajo social en el área de salud corresponden a procesos de **Diagnóstico** en donde se identifican factores de riesgo o condiciones de vulnerabilidad. **Promoción y prevención** como lo señalan, promoción de estilos de vida saludable, brindar información con respecto a las prestaciones de salud; y prevención permite identificar los factores de riesgo social en el desarrollo de la enfermedad del sujeto. **Tratamiento**, movilizar recursos internos y externos realizando intervenciones ya sea grupales, comunitarias o de caso. **Rehabilitación**, participar en procesos de educación familiar y comunitaria así como coordinar a través de redes la calidad en las prestaciones de salud. **Investigación** participar en procesos de levantamiento de información y sistematización de esta, aportar y socializar hallazgos al equipo interdisciplinario. **Docencia** permite realizar a acompañamiento a estudiantes en práctica, proponer a las universidades desarrollo del énfasis del quehacer profesional en el área. **Gestión y administración** planear, programar ejecutar y evaluar procesos de intervención social y organizar el quehacer profesional además de gestionar recursos.

# *Referencias*

**Aguayo. Cecilia (2006)** *Las profesiones modernas. Dilemas del conocimiento y el poder.* Santiago de Chile, Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana.

**Castaña, Cazorla y Cuevas. (2018).** A cuarenta años de la Declaración de Alma-Ata. Salud para todos en la atención primaria. *Revista Chilena Salud Pública*, Vol. 22 (2) 171-178.

**Ayuda en Acción. (2018).** *Tipos de migración humana: Ejemplos del fenómeno migratorio.* Recuperado de:  
<https://ayudaenaccion.org/ong/blog/ayuda-humanitaria/tipos-de-migracion-humana/>

**Cardoso, Fernando y Faletto, Enzo (1977),** Dependencia y desarrollo en América Latina. Sección de obras de economía contemporánea, cincuenta años de pensamiento en la CEPAL: textos seleccionados, Vol. 2. Recurso en línea. Recuperado el 1 de diciembre de 2016 de:  
<http://www.socialismochileno.org/febrero/Biblioteca/CARDOSOFALETTODEPENDENCIA-Y-DESARROLLO-EN-AMERICA-LATINA.pdf>

**CASTAÑEDA. Patricia. (2014)** Propuestas Metodológicas para Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización. Cuaderno Metodológico. (Universidad de Valparaíso, Chile). Pág. 91,95.

#### **Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 1948**

Recuperado

de <https://books.google.cl/books?id=TDBAQAQBAJ&printsec=frontcover&dq=conceptos+y+caracteristicas+de+los+derechos+humanos&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwi5052i5XmAUKGrkGHRIqAi0Q6AEIKTAA#v=onepage&q&f=false>

**Decreto Ley 2763 (1979).** Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los servicios de salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Diario Oficial de la República de Chile,

Santiago, Chile 03 de Agosto de 1979. Recuperado de <http://bcn.cl/1vghv>

**Departamento de Extranjería y Migración. (2019).** Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile. Recuperado de <https://www.extranjeria.gob.cl/>

**García, Rocío (2003),** Un estado de la cuestión de las teorías de las migraciones. Revista Historia Contemporánea N°26 (2003) de la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, Pp. 329-351

**Granados, Sharon (2011),** Línea de vida de un inmigrante latinoamericano desde la decisión hasta la transformación en la ciudad de Santiago de Chile. Revista Geográfica de América Central, Universidad Nacional de Costa Rica, Vol. 2, julio-diciembre, 2011, Pp. 1-15

**Gregorio Peces-Barba,** citado en: La Carta Internacional de Derechos Humanos, Marco Sagastume, 1991, pág. 11.

**Hernández, José Pablo. (2012, 20 de Marzo).** Concepto de Derechos Humanos. [Entrada de blog]. Blog de José Pablo Hernández. Recuperado de <http://josepablohdz-kalaka.blogspot.com/2012/03/concepto-de-derechos-humanos.html>

**Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (s.f).** Quiénes somos. Recuperad de <https://www.indh.cl/quienes-somos-2/historia/>

**INE. (2018).** *Catacteristicas de la inmigracion internacional en Chile.* Obtenido de Sintesis de resultados: [www.ine.cl](http://www.ine.cl)

**INE/DEM.** “Estimación de personas extranjeras residentes en Chile” (Informe febrero 2019), 19, <https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>

**Ley N° 18.469** Artículo N° 3/6 (1985). Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Diario oficial de la República de Chile, Santiago, Chile 23 de Noviembre de 1985. Recuperado de <http://bcn.cl/1v1an>

**Ley N° 18.933 (1990)** Crea la superintendencia de instituciones de salud previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga el decreto con fuerza de ley N°3, de Salud, de 1981. Diario oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 09 de Marzo de 1990. Recuperado de <http://bcn.cl/1uw8n>

**Ley N° 20.405.** Del Instituto Nacional de Derechos Humanos. Diario Oficial de la República de Chile, 10 de diciembre de 2009. Recuperado de <http://bcn.cl/1uypn>

**Ley N° 20.885.** Crea la Subsecretaría de Derechos Humanos y adecúa la Ley Orgánica del Ministerio de Justicia. Diario Oficial de la República de Chile, 05 de Enero 2016. Recuperado de <http://bcn.cl/1uxxb>

**López M 2018.** ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2018. Disponible en <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/418>

**Martine, George; Hakkert, Raph y Guzmán, José Miguel. (2000),** Aspectos de la migración internacional: Consideraciones preliminares. Simposio sobre migración internacional en las américas, CEPAL/CELADE y OIM, San José de Costa Rica. Recurso en línea recuperado de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/10907/LCL1632P.pdf>

**Massey, Douglas; Arango, Joaquín; Hugo, Graeme; Kuodouci, Alí y Taylor, Edward (1998),** Worlds in motion. Understanding International

Migration at the End of the Millennium. Clarendon Press. New York:  
Oxford University

**Micolta, Amparo (2005)**, teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. Revista del departamento de trabajo social de la Universidad Nacional de Colombia, ISSN 0123-4986, N°. 7, 2005, Pp. 59-76

**MIDEPLAN. Ley N° 20.379** Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia “Chile crece contigo”. Santiago de Chile. Ministerio de Planificación, 2009. [Internet]; citado 10 mayo 2018] Disponible en <http://bcn.cl/1uuz0>

**Ministerio Secretaría General de la Presidencia** (22 de Septiembre de 2005) Decreto 100: Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile; Constitución 1980, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado de <https://www.leychile.cl/>

**MINSAL.** Decreto 585. Crea Comisiones Mixtas Asesoras de Salud y Educación. Santiago de Chile. Ministerio de Salud, 1997 [internet]; citado 09 mayo 2018] Disponible en <http://bcn.cl/206an>

**MINSAL.** Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. [Internet] Santiago de Chile. Ministerio de Salud, 2011. Citado 09 mayo 2018] Disponible en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

**MINSAL.** Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal. Evaluación de indicadores per cápita basal. [Internet] Santiago de Chile. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2012. Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2018/01/001.Financiamientode-la-Atenci%C3%B3n-Primaria-deSalud-Municipal-evaluaci%C3%B3n-de-indexadores-del-per-capita-basal.pdf>

**MINSAL.** Manual administrativo para servicios de atención primaria de urgencia. Subsecretaría Redes Asistenciales. División Gestión de la Red Asistencial. *Serie Cuadernos Manual Administrativo* N°6. [Internet] Santiago de Chile. Ministerio de Salud, 2007. Citado 07 mayo 2018] Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2016/03/6.pdf>

**MINSAL.** Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.[internet] Santiago de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria, 2012.Citado07mayo2018].Disponible en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

**MINSAL.** Orientaciones para la planificación y programación en red. [Internet]. Santiago de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018. Citado 11 mayo 2018]. Disponible en <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-yprogramacion-en-red-2018.pdf>

**Naciones Unidas 1966:** Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos. (16 de Diciembre 1966) Serie de Tratados, vol. 999, p 171. Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>

**Naciones Unidas [ONU] (1999).** *Recomendaciones sobre estadísticas de las migraciones internacionales.* Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>

**Nikken, Pedro (1994).** El Concepto de Derechos Humanos. Recuperado de <https://books.google.cl/books?id=7hH5ZRiUFJYC&pg=PA90&dq=el+concepto+de+derechos+humanos+Pedro+Nikken&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjAmP246ZXmAhVRK7kGHTKPBfMQ6AEIKTAA#v=onepage&q=el%20concepto%20de%20derechos%20humanos%20Pedro%20Nikken&f=false>

**OMS. (2008).** *61° Asamblea Mundial de la Salud.* Recuperado el Mayo de 2019, de Organización Mundial de la Salud: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf)

**OMS/ UNICEF. (1978).** *La declaración de Alma-Ata, Folleto de la Organización Mundial de la Salud.* Ginebra.

**Oficina Panamericana de la Salud.(OPS).** (Septiembre de 1978). *Declaración de Alma Ata.* Recuperado el 30 de Mayo de 2019, de Conferencia sobre atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518&lang](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang)

**Organización Internacional para la migración [OIM].** *¿Quién es un migrante?* Recuperado de: <https://www.iom.int/es/quien-es-un-migrante>

**Organización Mundial de la Salud. (2017).** *La salud es un derecho humano fundamental.* Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

**Organización de las Naciones Unidas.** ONU ,Observación General N°14: Sobre el Derecho a la Salud (2013). Recuperado de [https://search.un.org/results.php?ie=utf8&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8&\\_ga=GA1.2.296698936.1562250614&\\_gid=GA1.2.1399917300.1575593906&query=observacion+general+n+14&tpl=un&lang=es&rows=10](https://search.un.org/results.php?ie=utf8&output=xml_no_dtd&oe=utf8&_ga=GA1.2.296698936.1562250614&_gid=GA1.2.1399917300.1575593906&query=observacion+general+n+14&tpl=un&lang=es&rows=10)

**Política de Salud Migrante (2017).** Marco Conceptual: Enfoque de Derechos Humanos p.22. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

**PIDESC 1978**, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC], (03 de Enero de 1979). Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

**Papacchini, Ángelo (1945)**. Filosofía y Derechos Humanos. Recuperado de <https://books.google.cl/books?id=2u3rF1KKjhYC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Angelo+Papacchini%22&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjJuaqZ2ZXmAhUfHbkGHVgQBIAQ6AEIKTAA#v=onepage&q&f=false>

**República de Chile. DFL N° 1- 3.063** que Reglamenta Aplicación del Inciso Tercero del Artículo 38 del Decreto Ley N° 3.063 de 1979. [Internet] Ministerio del Interior, 1980. Disponible en <http://bcn.cl/1vhvk>

**República de Chile. Ley N° 19.378** que establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. [Internet] Santiago de Chile. Ministerio de Salud, 1995. Citado 10 Mayo 2018] Disponible en [www.bcn.cl/historiadelaLey/nc/historia-de-la-ley/7114/](http://www.bcn.cl/historiadelaLey/nc/historia-de-la-ley/7114/)

**República de Chile. Ley N° 20.584**. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. [Internet] Santiago de Chile. Ministerio de Salud, 2012. Citado 11 mayo 2018] Disponible en <http://bcn.cl/1uw7l>

**Real Academia Española de la Lengua [RAE] (2019)**. Recuperado de <https://dle.rae.es/inmigrar>

**Rojas .E (2009, Marzo, 09)**. Conferencia Inmigración y Subdesarrollo. Departamento de Ciencias Humanas Universidad de La Rioja. Recuperado de <https://www.unirioja.es/dptos/dch/archivos/Doris3Marzo09.pdf>

**Rojas, Nicolás y Silva, Claudia (2016)**, la migración en Chile: Breve reporte y caracterización. Informe OBIMID, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. Recurso en línea, recuperado el 01 de septiembre de:

[http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe\\_julio\\_agosto\\_2016.pdf](http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf)

**Rossi, J., & Abramovich, V. (2007).** La tutela de los derechos económicos, sociales y culturales en el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. *Rev. Estudios Socio-Jurídicos*, 9, 34–53

**Santibáñez y Cárcamo. (1993)** Artículo: ¿Qué es, como y cuando sistematizar? Manual para la sistematización de Proyectos Educativos de Acción Social Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación CIDE. Valparaíso, Chile.

**Silva, Claudia (2006),** ¿Cómo viven los inmigrantes irregulares sus procesos de integración en Chile? *Revista de trabajo social*, ISSN 0716-9736, N°. 73, Pp. 157-169

**SNS.** Boletín N° 2. Santiago de Chile. Servicio Nacional de Salud [internet] 1956 [citado 11 mayo 2018] Vol. 2 (2): 39-44 Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2013/08/Boletinmar-abr-1956.pdf>

**Subsecretaria de Derechos Humanos (2018).** Misión. Recuperado de <http://ddhh.minjusticia.gob.cl/mision/>

**Superintendencia de Salud. (2019).** Modalidad de atención institucional o MAI. Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2447.html#>

**Stefoni, C. (2005).** Migración en Chile. *Colección ideas*, 6(59).

**Valdés, X. (1992).** Las cuentas pendientes de la sistematización. *Revista de Trabajo Social* N° 61, 9-17.

# *Anexos*

**ANEXO N°1** Entrevista Semiestructurada Migrante Internacional.

Parte I
¿Podría decir por favor cuál es su país, ciudad de origen y edad?
¿Hace cuánto tiempo migró de su país de origen?
¿Por qué razón o razones decide emigrar de su país de origen?
¿Cuáles fueron los motivos principales de haber migrado a Chile?
¿Al momento de migrar, con quien lo hace? ¿Cómo costea sus pasajes?
¿Podría comentar como fue el proceso previo a la llegada a Chile?
Según su experiencia ¿Cuáles fueron las principales dificultades para llegar a Chile?

Parte II
Una vez en el país ¿Cómo vive las primeras semanas?
¿Cómo resuelve los problemas de vivienda, empleo e ingresos económicos los primeros meses en el país?
En la actualidad ¿Con quién vive?
¿Cómo llegó a habitar su actual vivienda?
Bajo su experiencia ¿Cuáles son las principales dificultades para adaptarse al país?

Parte III
¿Usted o algún integrante de su familia tenía algún problema de salud antes de migrar a Chile?
¿Cómo es el control de dicha enfermedad en su país de origen?
¿En el caso de requerir medicamentos como se obtienen?
¿Cómo funciona el sistema de salud en su país?
Si tiene un problema médico en su país de origen ¿cómo accede a la atención de salud?

Parte IV
¿Cuándo fue la última vez que Ud. o alguien de su familia estuvo enfermo en Chile? ¿Cómo ha sido resuelta esta situación?
¿Cómo fue la primera experiencia en el sistema de salud chileno?
Me puede comentar, ¿cuáles son las atenciones de salud que recibe en el CESFAM?
Me relata por favor, ¿en qué situaciones lleva a su hijo al médico?
Podría comentarme desde su experiencia ¿En qué consisten los controles mensuales de los niños?
Según su experiencia ¿cómo ha sido el proceso de vacunación de su hijo/a? **
¿Cómo es la atención de salud para niños en su país de origen? desde su experiencia ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias?
¿Cuáles son las principales causas de solicitar atención médica en el cesfam para usted, siendo adulto?
Podría comentarnos ¿Cuándo se sienta enfermo, cuales son los pasos a seguir?
Según su experiencia ¿En qué circunstancias acude a la matrona, ha ido una vez en Chile?
Puede comentarnos ¿Ha asistido a controles ginecológicos ¿Que exámenes se ha realizado? **
Nos comenta, ¿cómo es el acceso a las prestaciones ginecológicas en su país?
¿Hace uso de anticoncepción hormonal? puede comentarnos ¿Cómo logró acceder a ellos? **
Según su experiencia ¿es posible en su país de origen acceder a anticonceptivos?
Según su experiencia ¿En qué consisten los controles de embarazo? **
¿Cuáles son los exámenes que se realizan en el embarazo? **
¿Cómo son los controles de embarazo en su país de origen?
Puede comentarnos ¿cuáles son las principales causas para usted asistir al odontólogo?
¿Cada cuánto tiempo se realiza controles dentales?
Según su experiencia ¿ha tenido urgencias dentales? ¿Cómo se solucionó esto?

Según su experiencia nos relata ¿Cómo se accede a la atención bucal en su país de origen?

Parte V

Consideras que existe información adecuada y oportuna para los migrantes con respecto a la salud

¿Considera que se realiza difusión de sus derechos en el cesfam al que pertenece?

¿Ha advertido la presencia de algún facilitador lingüístico o traductor en alguna institución de salud?

\*\* Sólo si aplica al entrevistado o entrevistada.

**ANEXO N°2** Entrevistas semiestructuradas profesionales de la salud por área.

Protocolo Entrevista Profesional Médico de familia

- ¿Podría decirme por favor su nombre su profesión y la institución en la que se desempeña?
- ¿Cuál es su cargo dentro del CESFAM?
- ¿Ha trabajado con migrantes internacionales los últimos meses?
- ¿Qué nacionalidad principalmente?

1. ¿Nos puede contar su experiencia respecto a la salud infantil de los migrantes?
2. ¿Y cuál perdón cuales son las nacionalidades de esos niños bajo peso?
3. ¿Cómo es el procedimiento cuando ingresa un niño migrantes a la atención?
4. ¿Quién es el profesional encargado de hacer el control niño sano usted o la enfermera?
5. ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad infantil?
6. ¿Con cuanta frecuencia es posible ver morbilidad adulto migrante?
7. ¿Y cuáles son las principales patologías?
8. ¿Quiénes son los que tiene mayor índice de padecer esas patologías

que requieran morbilidad?

9. ¿Dentro de este Cesfam existe algún profesional de salud que sea profesional migrante?
10. ¿Usted considera que son diferentes las concepciones de la salud entre estos profesionales y un chileno?
11. ¿cuál sería esa diferencia en los tratamientos según su experiencia?
12. ¿Usted considera que el Cesfam ha implementado medidas desarrollar las competencias a lo relación a lo migratorio en los profesionales?

#### Protocolo entrevista profesional de la salud odontólogo

- ¿Cuál es tu nombre, profesión e institución en donde se desempeña?
- ¿Has trabajado este último tiempo con migrantes y cuáles son sus nacionalidades?
- En su especialidad ¿cómo es el procedimiento? ¿Qué se hace?

1. Según tu experiencia ¿Podrías contarnos como es la salud oral de los migrantes que atiendes?
2. . ¿Cuáles son los indicadores para determinar la buena o mala salud oral?
3. ¿Cómo se presentan estos índices en los chilenos?
4. ¿Atiendes niños migrantes, cual ha sido su experiencia?
5. ¿Cómo consideras que es la asistencia al odontólogo por parte de las personas migrantes?
6. En relación al paciente haitiano ¿Qué diferencia existen con la salud oral de los chilenos?
7. ¿Cómo fue el proceso de comunicación con el paciente haitiano?
8. ¿Es posible identificar como es la atención del odontólogo en Haití según su experiencia?

### Protocolo Profesional de la Salud Enfermera Transversal

- ¿Puede por favor presentarse?
- ¿Podrías comentarme cuáles son tus funciones dentro del Cesfam?
- ¿Ha trabajado este último tiempo con migrantes y cuáles son las nacionalidades predominantes?

1. ¿Cuáles son las características del control niño sano?
2. ¿Cuál es el procedimiento que debe realizar un migrante para solicitar atención por primera vez?
3. ¿Podrías comentarme como es el proceso de vacunación para los niños migrantes?
4. ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad infantil que atiendes?
5. ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad adulto según su experiencia?
6. ¿Consideras que el cesfam instruye a los funcionarios para comprender mejor la salud migrante?
7. Me puedes comentar ¿cómo ha sido la experiencia de trabajar con estas personas migrantes?
8. ¿Consideras que existen diferencias de la concepción de salud que tienen los migrantes?

### Protocolo Entrevista profesional Matrona

- ¿Podrías presentarte por favor?
- ¿Has trabajado con migrantes?
- ¿Cuáles son las nacionalidades con las cuales has trabajado?
- ¿Pero que en este último tiempo que más ha trabajado?

1. ¿Tú me puedes comentar como desde tu trabajo es el control del embarazo en Chile en general?
2. ¿Dentro del embarazo cuantas ecografías se realizan?
3. ¿Cómo es el embarazo en las mujeres migrantes según su

experiencia? ¿se vive igual que las chilenas?

4. En el caso que llegue una mujer migrante ya embarazada ¿Cómo se ingresa al programa y cuáles son los procedimientos a seguir?
5. ¿Cuales con los exámenes preventivos que se realizan a las mujeres no embarazadas?
6. ¿Se acercan al CESFAM las mujeres migrantes a solicitar métodos anticonceptivos?
7. Según su experiencia, ¿cómo es la adherencia de las mujeres migrantes a la atención? ¿acceden a venir a esas citas?
8. ¿Tú sabes si en Haití le ofrecían métodos anticonceptivos a las mujeres en el sistema de salud?
9. A diferencia de las chicas venezolanas ¿Cuál es el método que más utilizan aquí?
10. Puedes comentarnos de alguna práctica relacionada con la reproducción y sexualidad que en su país de origen se hacía que acá no se haga.
11. ¿Tú sabes si en Haití se hacen estos tipos de exámenes como el PAP o exámenes preventivos en general?

ANEXO N°3 Entrevista semiestructura Trabajadora Social CESFAM.

Protocolo entrevista trabajadora Social

1. ¿Por favor podrías decirnos tu nombre, edad y profesión?
2. ¿Cuántos años llevas ejerciendo tu profesión?
3. ¿Cuál es el cargo específico que ocupas dentro de la institución?
4. ¿Cuánto tiempo llevas en el cargo?
5. Dentro de tu experiencia profesional ¿has trabajado con migrantes internacionales durante el último año?
6. ¿Cuáles son los migrantes internacionales que con mayor frecuencia asisten a la institución de salud?
7. ¿Cree usted que existen barreras de acceso al sistema de salud de los migrantes internacionales? ¿cuáles?
8. ¿Considera que dentro del cesfam se entrega la información oportuna y adecuada para los migrantes internacionales?
9. ¿Según su experiencia, usted cree que existe un desconocimiento por parte de los migrantes internacionales respecto a los derechos que tienen de salud previa a la atención?
10. ¿Qué medidas toma el Cesfam para disminuir las brechas de desinformación de los migrantes?
11. ¿Cuáles son los pasos que deben seguir las personas migrantes internacionales para acceder a la atención primaria en salud?
12. Al momento de la inscripción ¿Cuáles son los requisitos que se necesitan para que el migrante acceda?
13. ¿Cuáles son las prestaciones que ofrece el cesfam a los migrantes internacionales?
14. ¿Si llega una persona migrante con patología crónica cual es el procedimiento a seguir?
15. ¿Dentro del recinto de salud se realiza algún programa especial destinado a migrantes?
16. ¿Hay medidas de difusión específicas creadas por el cesfam?
17. ¿El cesfam ha implementado medidas para las competencias culturales?
18. ¿Se consideran las percepciones culturales de los migrantes ya sea

sistema de crianza?

19. ¿Dentro del cesfam existe algún profesional de la salud que sea migrante y de ser así, cual es la nacionalidad y cargo en el CESFAM ?
20. ¿Cómo es el consenso entre profesionales nacionales con profesionales internacionales con temas de Salud?
21. ¿Consideras que las perspectivas de salud son diferentes?
22. ¿Usted cree que la población migrantes es integrada al sistema de salud?
23. ¿Considera que el cesfam es un facilitador en la adaptación y minimiza la dificultad de los migrantes internacionales en sistema de salud?
24. ¿Cuáles son las medidas que se tomaron con los usuarios que no entendían el idioma?
25. Desde su perspectiva ¿Que mejoraría en la atención de salud para migrantes internacionales?

#### ANEXO N° 4 Estructura general de protocolo profesional

##### Protocolo Base para Entrevistas a profesionales de la salud

1. ¿Podría por favor decirnos su nombre, edad y profesión?
2. ¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?
3. ¿Cuál es el cargo que ocupa dentro de la institución?
4. ¿Cuánto tiempo lleva en el cargo?
5. ¿Dentro de su experiencia profesional ha trabajado con migrantes internacionales en el último año? ¿Cuáles son las nacionalidades?
6. ¿Cuáles son los migrantes internacionales que con mayor frecuencia asisten a la institución de salud?
7. ¿Cree usted que existen barreras de acceso a la atención de salud de los migrantes internacionales? ¿Cuáles?
8. ¿Considera que dentro del cesfam se entrega información oportuna y adecuada para los migrantes internacionales?
9. ¿Cree usted que existe desconocimiento por parte de los migrantes

internacionales respecto a los derechos que tienen en salud previa a la atención?

10. ¿Qué medidas toma el cesfam para disminuir la brecha de desinformación de los migrantes?
11. Desde la primera visita al cesfam ¿El migrante internacional maneja información con respecto a la atención o es la institución quien educa en primera instancia?
12. ¿Cuales son los pasos que deben seguir las personas migrantes internacionales para poder acceder a la atención primaria en salud?
13. ¿Cuáles son los requisitos para la inscripción en el cesfam?
14. ¿Cuáles son las prestaciones que ofrece el cesfam a los migrantes internacionales?
15. ¿A qué programas del sistema de salud puede optar un migrante?
16. ¿Dentro del recinto de salud se realiza algún programa especial destinado a migrantes?
17. Dentro del cesfam, en relación a su área de trabajo ¿Se realizan medidas de difusión y educación para las personas migrantes internacionales respecto a sus derechos? ¿Cuáles?
18. ¿Cuáles son las estrategias que se utilizan para la difusión de derechos y la educación en salud?
19. ¿Tiene usted formación o conocimientos en relaciona a los marcos regulatorios de salud migrante?
20. ¿Posee conocimientos básicos sobre derechos humanos, migración, interculturalidad y salud?
21. ¿El cesfam ha implementado medidas que permitan el desarrollo de competencias culturales de sus funcionarios en pos de la atención migrante?
22. En lo extenso de su formación académica ¿En su casa de estudios fue formado en materia de migración internacional y salud?
23. ¿Dentro del cesfam existen acciones de difusión y capacitación para los funcionarios de salud para disminuir las brechas de información y discriminación migrante?
24. En la atención de salud ¿Se consideran las concepciones culturales de los migrantes? ya sea sistema de crianza, alimentación etc.
25. Consideras que existen diferencias entre el usuario chileno y el migrante en la concepción que se tiene de la relación del cuerpo?

26. Al momento de la atención de salud ¿Se considera el historial clínico del país de origen?
27. A causa del fenómeno migratorio ¿El profesional de salud conoce los medicamentos extranjeros más consumidos por los migrantes internacionales y que puedan ser encontrados en Chile?
28. ¿Tiene conocimiento en relación a la posología de los medicamentos internacionales?
29. ¿Dentro del cesfam existe algún profesional de la salud que sea migrante internacional?
30. ¿Cómo es el consenso entre profesionales nacionales e internacionales en temática de salud?
31. ¿Consideras que las perspectivas de salud son diferentes? ¿En qué aspectos?
32. ¿Cree usted que la población migrante es integrada al sistema de salud?
33. ¿Considera usted que el cesfam es un facilitador en la adaptación y minimiza las dificultades de los migrantes internacionales en sistema de salud?
34. ¿Cuáles son más medidas que se toman con aquellos usuarios que no entienden el idioma?
35. Desde su perspectiva ¿Qué aspectos mejoraría frente a la atención de salud en migrantes internacionales?